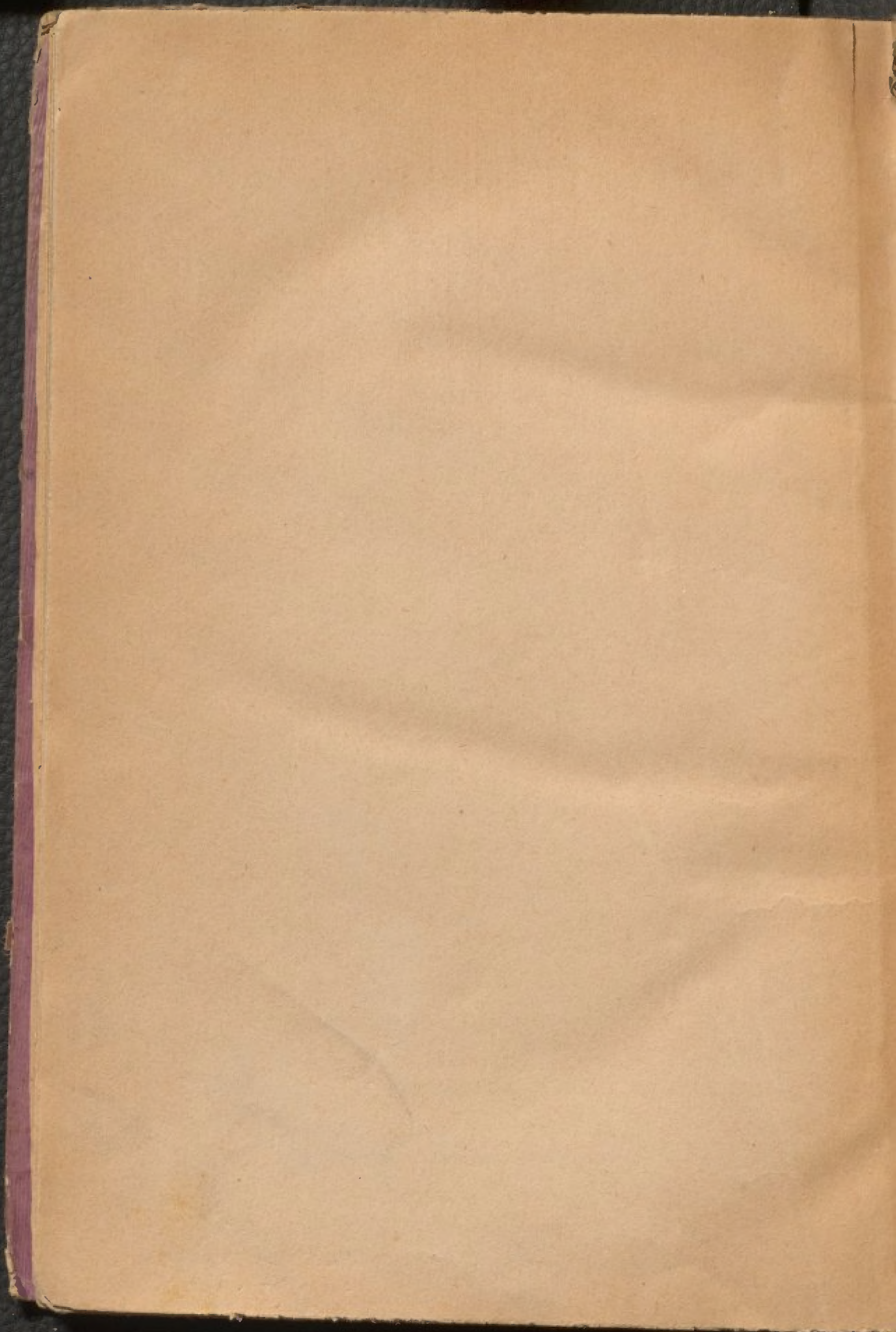
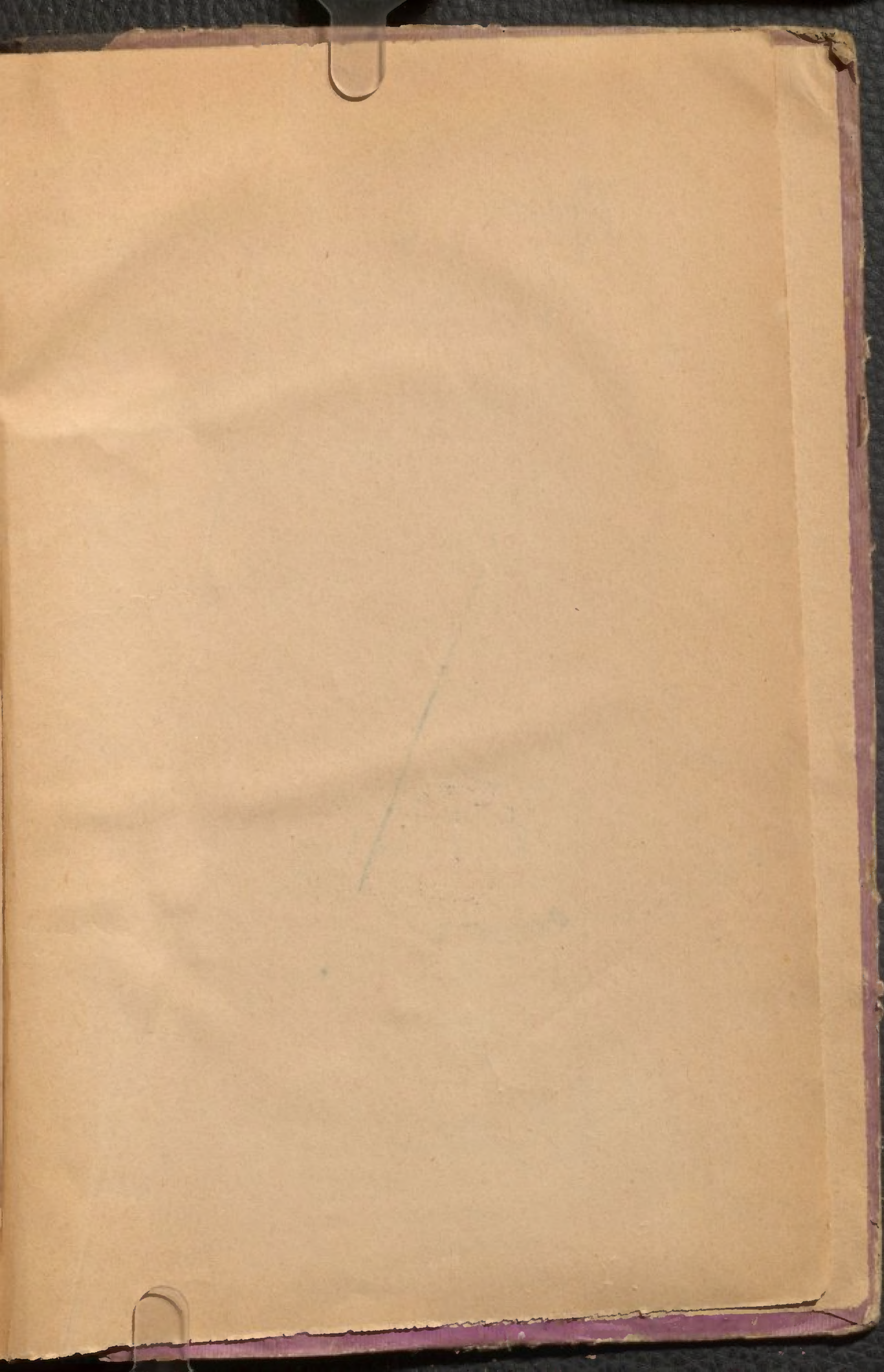
4





﴿فهرست الجزء الرابع من وسايل الابتهاج﴾

صحيفه

المعالجة

صحيفه

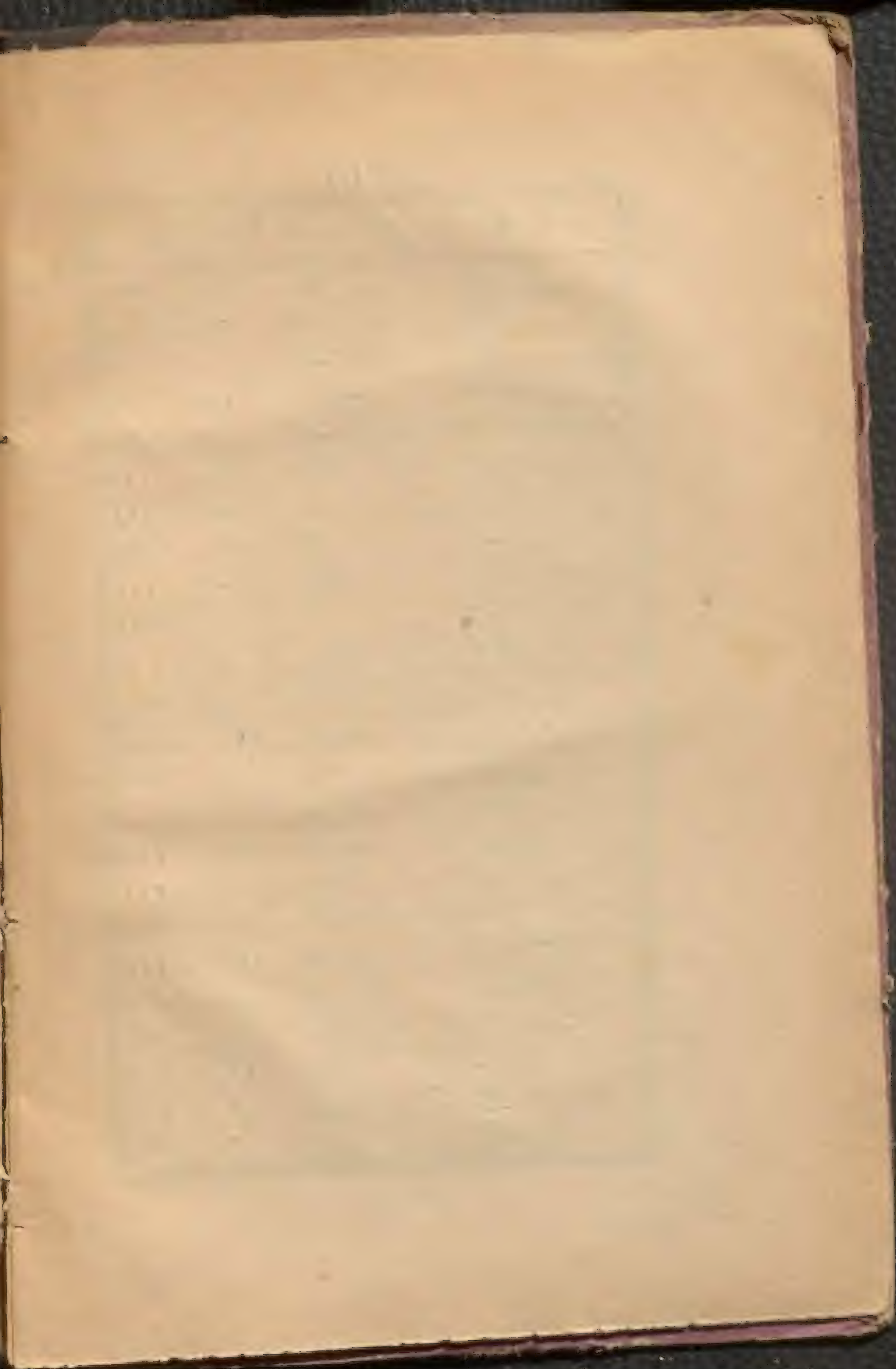
صحيفه

صحيفه

صحيفه

(بيان الخطأ والصواب الواقع فى هذا الكتاب)

صحيفه	سطر	خطأ	صواب
٨	٢١	غثيان	غثيان
٦٢	٢	لانها	الانها
٦٨	١٧	التيوسية	التيفوسية
١٢٨	١٦	المبحث العاشر	المبحث التاسع وكذا مابعده
١٦٤	١٣	العايلية	العايلة
١٦٨	٢٦	أمر	أمرا
١٧٥	٢٢	آلى	آليا
١٨٤	٢٣	بنكة	بنكمة
٢١٥	١	المعا	الامعاء
٢٦١	٨	منثنيان	منثنيين
٢٧٨	٨	احداها	أحدها
٢٩٠	١٥	أحد العقد	احدى العقد
٣٠١	١١	المولة	المولة
٣٠٤	١	سمعاف	سمعاق
٣٠٩	٢٢	لتخويف	لتجويف
٣١١	٩	ظروها	طروها
٣١٨	١٠	ست	ستة
٣٢٢	١٩	الزمنى ان	الزمنى ماذكربان
٣٢٢	٢٣	على معالجة	الى معالجة
٣٢٥	٢٣	تنكرزجزئيا	تنكرز اجزئيا
٣٢٧	٢٣	طروو	طرو
٣٤٤	٩	التى	اللائى
٣٥٢	١٣	الكول	الكون



الجزء الرابع من وسائل الابتهاج فى الطب الباطنى والعلاج

ترجمة وتأليف الطبيب الحاذق الريس
الدكتور سعادة سالم باشا سالم
معلم علم الامراض
الباطنية بالمدرسة
السنية الطبية
المصرية

٢

طبع بمطبعة وادى النيل المصريه
سنة ١٢٩٦

بسم الله الرحمن الرحيم

المقالة الرابعة

(فى الامراض البنيية)

سنتكلم فى هذا الباب على الامراض العمومية ونسميها بالامراض البنيية تمييزا لها عن الامراض الموضعية المصيبة لكل عضو على حدته وتسميتها بذلك أولى من تسميتها بالامراض الديسكرازية أو الكاشكسية (أى امراض سوء القنية) اوأمراض الدم فان التسمية الاولى أعم - ونشرح هنا أولا الامراض التسممية الحادة ثم التسممية المزمنة ثم الامراض البنيية العمومية الناتجة عن اضطرابات غذائية بدون تأثير تسمم منتشر

(الفصل

(الفصـــل الاوّل)
(فى الامراض التسممية الحادة)
(المبحث الاوّل)
(فى الحصبة)
(كيفية الظهور والاسباب)

الحصبة مرض معـد محض فانه لا يشك الآن فى أن كل شخص أصيب بهذا المرض حصلت عدواه من شخص آخر مصاب به وقد حصلت مجادلة فى هذا الخصوص بأن الحصبة فى أول ظهورها لم تكن نشأت بواسطة العدوى ومن المشهور (ومن أعدى الذى كان أولا) فانه إذ ذاك لم يكن أحد مصابا بها من قبـل وحيث ان الحصـبة تولدت تولدا ذاتيا فلا يجوز نفى تولدها الذاتى فى زمننا هـذا غير أن هذا الاعتراض غير متجه فانه وان انبهم علينا منشاؤها الابتـدائى الا انه من المعـلوم الثابت الذى لا نقض فيه ولا ابرام الآن ان ظهور الحصبة وانتشارها فى جميع المحال والبقاع التى يسهل فيها مـلاحظة ذلك بالدقة لا بدّ وأن يكون بواسطة العدوى ومن الجائز حينئذ انه فى الاحوال التى فيها لا يتيسر اثبات هـذا الامر بطريقـة قطعية يكون حصول العـدوى الانتـقال من شخص مريض الى آخر كما هو الواقع بالنسبة للداء الزهرى فانا نعلم جيدا ان هـذا الداء لا ينتقل الا بواسطة العدوى من شخص الى آخر وأما عدوى الاول وكيفية منشأ هذا المـرض أول مرة فليست من موضوع العـلوم الطبيعية ـ والجوهـر المسم المحدث للحصبة أى السم الحصبى ليس معلوما لنا لا بخواصه الكيماوية ولا المكرسكوبية بل لا نعلم جيدا أيضا ان كان هذا الجوهر من طبيعة آلية أو غير آليـة وانما النظريات القائلة بان العدوى تنشأ من انتقال جسيمات نباتية صغيرة جدا غير مدركة بالنظر ولا بالمكرسـكوب انما تفضـل عن غيرها لانها أقرب للعقل وموافقة للمشاهدات المرضية ولنـذكر هنا بعض الامور المعضدة لهـذه النـظريات وهو أن زمن التفـريخ أعـنى الايام والاسابيـع التى تمضى بين ابتداء العـدوى وظهور المرض تنافى كون العدوى حصلت بجواهر أثرت فى الجسم بخواصها الكيماوية أو الطبيعية

فانه لو كان الامر كذلك لظهر تأثيرها فى الجسم حالا أو أقله بعد زمن قليل جدّا فلا يبقى الجسم المصاب خاليا عن جميع علامات الاضطراب المرضى مدة ثمانية أيام الى أربعة عشر حتى يتضح بشدته فجاءة وأما اذا كانت عدوى الشخص السليم من شخص مريض بواسطة جسيمات صغيرة آلية غير مدركة فانه يمكن تصور زمن التفريخ وحصوله فانه من القريب للعقل ان هذه الجسيمات تنتقل بعدد صغير جدّا حتى لا يتأثر الجسم منها حالا غير انها تتزايد وتتكثر فى الجسم المنتقلة اليه المستعدة له ومتى حصل هذا التزايد والتكاثر فى زمن معلوم أى زمن التفريخ ظهر تأثيرها المضر فيه وأعظم أمر يركن اليه فى القول بأن السم الحصبى سم آلى هو تكرار تكونه فى جسم المريض المنتشر فيه ويؤيد ذلك ما شاهده الطبيب بانوم فى جزيرة منعزلة تسمى بجزيرة فارورين وذلك انه بعد العدوى من حالة حصبية أتت من الخارج وأصابت شخصا كان أول من حصلت له عدوى من هذا الشخص أهله ومنهم انتقل المرض الى غيرهم من سكان هذه الجزيرة ثم عم المرض فى ظرف سبعة أشهر جميع سكانها تقريبا حتى أصيب من عدد أهلها الذى يبلغ سبعة آلاف وسبعمائة واثنين وثمانين ما ينيف عن الستة آلاف ثم ان تحققت مشاهدات المعلم هلير جاز القول بأن السم الحصبى صار اثباته بالمكرسكوب فان المعلم المذكور يقول انه وجد فى دم المصابين بالحصبة وفى بصاقهم اخلية نباتية فطرية تنبت على أجزاء مختلفة ونشاعنها على الدوام عين تلك المواد الفطرية نباتية وسماه بالميكورمود تسيدو أى (سم فطرى) ومن الثابت ان الحامل للاصل المعدى الحصبى هو الدم والدموع وافرازات المسالك الهوائية فان التلقيح الذى فعل بهذه السوائل فى اشخاص سليمة أدى فى غالب الاحوال الى ظهور الحصبة عندهم لكن حيث ان أغلب الاصابات المرضية تشاهد عند أشخاص لم تلامس دم الاشخاص المصابة بالحصبة ولا افرازاتهم بلا واسطة بل انها وجدت فقط بجوارها فلا شك فى ان الاصل المعدى للحصبة موجود أيضا فى التبخير الجلدى والرئوى للاشخاص المصابين بهذا المرض كما انه من الثابت الاكيد بواسطة التجارب التى فعلها الطبيب بانوم ان هذا الاصل المعدى الموجود فى الهواء يمكن انتقاله الى بعد عظيم بواسطة أجسام أو ملابس الاشخاص

السليمة

السليمة التي كانت بجوار أشخاص مريضة بالحصبة ولو لم تصب بالمرض نفسه بحيث تكون سببا في نقل المرض من مسافة جملة أميال بواسطة الهواء بدون أن يفقد هذا الاصل المعدى خواصه المعدية ثم ان زمن التفريخ يستمر من عشرة ايام الى أربعة عشر وفي بعض الاحوال سيما التي فيها تكون الاشخاص المتعدية مصابة بمرض آخر يظهر أن هذا الزمن يستطيل زيادة عن ذلك وان سئل عن الدور الذي فيه تعدى الحصبة كان الجواب عن ذلك طبقا لما علمناه من التجارب ان صفتها المعدية تكون أكثر اشتدادا ووضوحا مادام الطفح متزهرا وانه يظهر غالبا ان عدواه لا تحصل مدّة دور التفلس وانه يوجد ادلة تدل على عدواه مدّة دور الهجوم لهذا المرض وقول العوام ان عدوى الحصبة يكثر اشتدادها مدّة دور التفلس مبنى على عدم ملاحظة زمن التفريخ ملاحظة تامة فان الطفل الذي يعدى من أخيه مثلا يظهر المرض عنده في الحقيقة مدّة دور تفلس الطفح عند الاول الا انه كان معديا مدّة ما كان الطفح في حالة شدّة ظهوره واتضاحه ومن الادلة المثبتة على عدوى الحصبة في الدور السابق للطفح الانتشار العظيم لهذا المرض بواسطة المكاتب والمدارس فان الذي يلتفت اليه عادة هو منع الاطفال الذين لم يتم التفلس عندهم أو الذين يوجد عندهم طفح مشتبه فيه عن التوجه الى المكاتب والمدارس المذكورة لكن لا يلتفت الى منع الاطفال المصابة بالسعال أو الزكام من التوجه الى المكاتب وجلوسهم بجوار الاطفال السليمة فانه لو كان حصول العدوى بالاولى فقط لما كان يمكن تفسير الامر المشاهد من انه في مدّة تسلطن وباء الحصبة تصاب بعض المكاتب إصابة شديدة وتبقى الاخرى مصونة عن الاصابة

ثم ان الاستعداد للاصابة بالحصبة كثير الانتشار جدّا ويكاد كل شخص يصاب بها مدّة حياته مرة واحدة وبهذه الاصابة الوحيدة يكاد ينطفئ الاستعداد للاصابة بها مرة ثانية بدون استثناء تقريبا وحيث ان الحصبة تتسلطن بكثرة في المحال المشحونة بعدد عظيم من الاهالى كان أغلب ما يصاب بهذا المرض سن الطفولية وحينئذ يفقد الاستعداد للاصابة بها

فى سن تمام النمو ومن هذه الحيثية فقط يجوز اعتبار الحصبة مرضا خاصا بالاطفال فانه يشاهد فى المحال التى يقل اختلاط سكانها جدا بسكان المحال الاخرى وتكون الحصبة تبعا لذلك قليلة الظهور ان الاطفال فيها ليست أكثر استعدادا للاصابة عن المتقدمين فى السن والذى يؤيد ذلك مشاهدة الوباء الحصبى للمعلم بانوم الذى حصل فى جزيرة فار ورين وكان هذا الوباء هو الاول من منذ خمس وستين سنة وفى مدة تسلطنه أصيب بالحصبة جميع من كان ساكنا فى هذه الجزيرة ماعدا من كان سنه مجاوزا لخمس وستين سنة أو كان اعتراه المرض من قبل وكذا الاطفال التى لم يجاوز سنها نصف سنة تبقى فى الغالب مصونة عن الاصابة بالحصبة وكذا الاشخاص التى دخلت فى سن الكهولة حقيقة ولا يقى الشخص عن الاصابة بهذا المرض كل من الامراض الحادة والمزمنة والحمل والنفاس لكن ليس من النادر مشاهدته كما تقدم ذكره كون الطفح الحصبى الذى حصلت عدواه مدة سير هذه الامراض الحادة لا يظهر الا عقب زوالها او انقطاع سيرها

ثم ان الحصبة تظهر على هيئة وباء كثير الانتشار أو قليله وشدة انتشار الوباء المذكور تتعلق خصوصا بطول الزمن الذى مضى من انطفاء الوباء الذى كان قبله اعنى من كثرة عدد الاطفال التى لم تصب بالحصبة الى وقت حصوله أو قلته وهذا الامر يثبت أيضا بمشاهدة الوباء السابق ذكره الذى حصل فى جزيرة فار ورين ويظهر كذلك ان حالة الفصل لها دخل فى شدة انتشار وباء الحصبة أو قلته فان معظم اوبية هذا المرض تحصل فى أشهر فصل الشتاء والخريف أوفى فصل الصيف البارد الرطب وعند انتشار هذا المرض انتشارا وبائيا عظيما يشاهد منه أحوال ثقيلة جدا كذلك مناسبة لشدة انتشاره بل تشاهد الاحوال الخبيثة جدا عند ارتقائه الى أعلى درجة

﴿الصفات التشريحية﴾

الطفح الحصبى الاعتيادى يزول بعد الموت ولا يبقى فى الجثة احيانا الا البقع الدموية فى الجلد التى يصطحب بها هذا الطفح فى بعض الاحوال والتغيرات

التشريحية التى تشاهد مدة الحياة فى جلد الاشخاص المصابين بالحصبة عبارة عن ظهور بقع عديدة مستديرة فى حجم العدسة تكون مرتفعة قليلا جدا عن موازاة الاجزاء المحيطة بها ويوجد فى وسط هذه البقع حلمة صغيرة وقد تنضم جملة بقع مع بعضها فى بعض المحال وتكون لطخا غير منتظمة تقرب من الشكل النصف هلالى وتكون منعزلة عن بعضها فى محال أخرى ولون الجلد بين هذه البقع يكون طبيعيا غالبا فى الوجه يكون منتفخا انتفاخا أوذيماويا قليلا والحلمات التى توجد على بقع الطفح الحصبى تنشأ تبعا لرأى المعلم سيمون عن تجمع نضح التهابى قليل فى اصفار محدودة فى الجلد لا عن انتفاخ بصيلات الشعر أو الاجربة الجلدية ولو كان مجلسها غالبا المحال التى ينشأ الشعر فيها من الجلد وقد يظهر للطفح الحصبى ميل عظيم للاختلاط ويسمى حينئذ بالطفح الحصبى المختلط (وبالحصبة المختلطة) ومع ذلك فالاحمرار المنتشر فى مثل هذه الاحوال لا يكون مستويا بل حافظا لهيئته المبقعة والظاهر ان أغلب البقع الحصبية التى تستمر زمنا طويلا يصطحب الاحتقان فيها بانسكاب دموى قليل جدا ويتضح ذلك من كون مثل هذه البقع لا يبهت لونها بضغط الاصبع الا بهتانة غير تامة وانها بعد زوالها بزمن طويل يبقى محلها مدة ما من الزمن نكت مسمرة وسخة وفى بعض الاحوال تكتسب البقع الحصبية لونا أحمر داكنا كلون الدم بسبب كثرة النضح الدموى فى الجلد فيشاهد فى مثل هذه الاحوال نكت كدمية بين بقع الطفح الحصبى (ويسمى هذا الشكل بالحصبة النمشية والسوداء)

وحيث ان معظم احوال الموت التى تحصل فى أثناء سير الحصبة ناتج عن مضاعفات هذا المرض بالالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب أو بالالتهاب الشعبى أو الرئوى يوجد غالبا فى جثة الهالكين بهذا المرض التغيرات التشريحية الخاصة بالالتهابات المذكورة ومما يصف الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب وصفا خاصا فى مثل هذه الاحوال أنه يندر وجود أغشية كاذبة متماسكة من الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب الاولى وان الالتهاب فى الاحوال التى نحن بصددها يقرب من الشكل

الدفتيري أي الاكال بمعنى أن النضح هنا لا يكون قاصرا على السطح الظاهري من الغشاء المخاطي فقط بل يكون كذلك متخللا بجوهره بحيث انه عند انقذافه يخلفه فقد جوهر في الغشاء المخاطي وان لم يكن هناك مضاعفة بالتهاب حنجري ذي غشاء كاذب وجد في الجثة أثر التهابات نزلية ممتدة من الشعب واصلة الى الخلايا الرئوية تؤدي تارة الى حصول تمدد مستمر في الخلايا الرئوية المعروف عند أغلب المؤلفين بالانفزيما الحويصلية الحادة وتارة الى هبوط رئوي أو الى التهاب رئوي نزلي ولا يظهر في الدم أدنى تغيير مخصوص بل يكون كما في باقي الامراض التسممية العامة قليل الليفية مائعا وذا لون داكن

﴿الاعراض والسير﴾

لا يوجد أدنى علامة دالة على التسمم بالاصل المعدي للحصبة في دور التفريخ ثم بعد هذا الدور يأتي حالا دور الهجوم (أي دور الاعراض السابقة على المرض) وهذا الاخير يندر أن يبتدئ بقشعريرة واحدة والغالب أن يبتدئ بقشعريرات متوالية ويصطحب بجميع اعراض النزلة الملتحمية والشعبية الشديدة جدا ولا تعرف اعراض هذا الدور معرفة حقيقية الا من الجزم بتسلطن وباء الحصبة فانه ان لم يكن من المعلوم للطبيب وجود الحصبة متسلطنة في البلدة أو في الجهات المحيطة بها لا يتيسر لاعظم طبيب متمرن معرفة الدور السابق للحصبة وتمييزه عن الاعراض النزلية الحمية الشديدة الموجودة في طفل مريض فان كلا من سرعة النبض وارتفاع الحرارة واضطراب الصحة العامة وآلام الراس والمفاصل وفساد الهضم والغثيان والقيء واضطراب النوم والهذيان عند الاطفال الكثيرة الحساسية يحصل جميعه في أحوال الالتهابات النزلية البسيطة الاخرى الناتجة عن تأثير البرد وانما تكون الظواهر الموضعية في الحصبة كثيرة الشدة عادة فالاعين فضلا عن احمرارها مع الالم المحرق تكون في حالة فزع عظيم من الضوء دامعة على الدوام والجبهة كثيرة التألم والانف منسدا و يسيل منه افراز مخاطي غزير صاف ويحصل عطاس متقطع أو مستمر احيانا جملة ساعات بل وقد يحصل في بعض الاحوال رعاف و يكون الصوت ابح

والسعال

والسعال خشنار نانامؤلما بحيث يكثر فزع أهل الطفل فزعا عظيما عند حصوله ليلا ظنا منهم بانه سعال ديكى والاصابة النزلية يظهر أنها تبتدئ عادة من الانف ثم تمتد الى جهة الجبهة والملتحمة والى أسفل جهة الحنجرة والقصبة الهوائية وفى العادة يمتد دور الهجوم مدة ثلاثة أيام الى أربعة وفى أثنائه تختلف شدة الاعراض السابق ذكرها ومع ذلك قد توجد أحوال فيها يمتد هذا الدور نحو الاسبوع وأحوال أخرى لا تظهر فيه اعراض هذا الدور الاظهورا واهيا جدا فتكاد لا تشاهد بالكلية ومن النادر ان ترتقى الحمى ولو فى الاحوال الثقيلة الوبائية الى درجة عظيمة جدا بحيث تهدد حياة المريض مثل ارتقاء درجة الحمى فى الطفح القرمزى كما أنه من النادر كذلك ان تكون الظواهر الموضعية للدور السابق لهذا المرض مهددة لحياة المريض مهما كانت شدتها ومهما كان عظم فزع أهل المريض خصوصا من شدة السعال الحلقى وضيق النفس الذى يحصل عنده

وأما الدور الثانى للحصبة أعنى دور الطفح فالعادة ان يبتدئ بثوران فى الحركة الحمية فيسرع النبض وترتفع درجة الحرارة وقد تحصل احيانا تشنجات ثم يظهر الطفح السابق ذكره أولا فى الوجه سيما حول الفم والاعين ثم يمتد الى اسفل جهة العنق والصدر بحيث يصل الى القدمين بعد أربع وعشرين ساعة والتبخر الجلدى عند المرضى يكون له اذ ذاك رائحة مخصوصة شبهها بعضهم برائحة الاوز المنتوف حديثا وفى بعض الاحوال النادرة ذات السير غير الطبيعى لا يمتد الطفح كما هى العادة من الراس الى الاطراف بل يظهر ابتداء فى الذراعين والساقين ثم يمتد الى اجزاء أخرى وفى بعض أحوال نادرة أخرى يبقى الطفح قاصرا على بعض اصقاع من الجسم أو أنه لا يظهر على بعضها الا بنكت قليلة الوضوح جدا ومن هذا القبيل الحصبة غير الطفحية أعنى العديمة الطفح وهى عبارة عن حالة مرضية تنشأ بلا شك عن التسمم بالاصل المعدى للحصبة غير انها تسير من ابتدائها الى انتهائها بظواهر كظواهر الحمى النزلية الشديدة جدا بدون أن يتضح فيها الطفح الحصبى وبالجملة فلنذكر هنا أحوالا لا يتضح فيها الطفح الا ببطء عظيم جدا بحيث ان دور الطفح لا ينتهى فى أربع وعشرين ساعة أو

ست وثلاثين بل يمتد الى اليوم الثالث أو الرابع وفى مثل هذه الاحوال
لا تظهر الاحوال الطفحية الاخيرة الا من بعد انقطاع الاولى وبهاتتها وفى
أثناء دور الطفح تتزايد الاضطرابات البنيية العمومية وهى الحمى والظواهر
النزلية ازديادا عظيما بحيث ترتقى الى أشد درجتها عند انتهاء ظهور الطفح
وتكامله

وأما الدور الثالث أى دور انطفاء تزهر الطفح فلا يمكن فصله عن الدور الثانى
وتمييزه عنه تمييزا واضحا فان الطفح فى غالب الاحوال يبقى بعد انتهاء
اندفاعه على حالة وضوح وتزهر ثم يبتدئ بعد أربع وعشرين ساعة فى انتقاع
اللون وبهاتته وكذا الحمى التى تكون بلغت اقصى شدتها عند انتهاء الطفح
يحصل فيها تلطيف سريع فى هذا الدور ثم تنطفى بالكلية بحيث يعسر على
الامهات حجز اطفالهن فى الفراش ولو كان جسمهم مغطى بالطفح الحصبى
وذلك لانها تحس بانها ممتعة بقواها بعد زوال الحمى وكذا الظواهر النزلية
فانها وان بقيت مستمرة فى دور تزهر الطفح وانطفائه الا انها تتلطف تلطيفا
عظيما فيه فيصير الفزع من الضوء قليلا وافراز الغشاء الانفى يتناقص شيأ
فشيأ ويصير متكاثفا ويندر العطاس وتقل بحة الصوت وتزول رنانية السعال
وتقذف الاطفال المتقدمة فى السن التى لا تزدرد النفث كمية عظيمة من نفث
مخاطى قيحى (أى النفث النضيج) وفى اليوم الثالث أو الرابع من اندفاع
الطفح الحصبى تصير اللطخ الحصبية الابتدائية الظهور كثيرة البهاتة عادة
أو أنها تنطفئ بالكلية وفى الايام التالية لذلك تبهت أيضا اللطخ التى ظهرت
فيما بعد وتزول أيضا وذلك بانه يعقب محلها بعد مدة طويلة الزمن أو قصيرته
بقع مصفرة باهتة فى الجلد

وأما الدور الرابع للحصبة وهو دور التفلس فانه يعقب الطفح وانطفاؤه فى
الاحوال الجيدة أى ذات السير الجيد فى اليوم الثامن أو التاسع من ابتداء
المرض عادة فان الطفح الحصبى ينطفئ بالكلية ويزول فى هذا الزمن
ويشاهد على المحال التى كانت محلا له تفلس فى البشرة يشبه
بالنخالة لكن ان حصل فى هذه القشور البشرية المنفصلة لين ورخاوة بسبب
العرق اللطيف المستمر الافراز فلا يكون التفلس واضحا كما يشاهد ذلك فيما

اذا كان الجلد جافا قحلا ولذا أنه يندر مشاهدة تفلس فى الاجزاء المغطاة بالملابس ويكثر مشاهدتها فى الوجه والعنق والايدى والحركة الحميه تكاد تنطفئ بالكلية على الدوام فى دور التفلس وكذا الظواهر النزلية تزول شيأ فشيأ بحيث ان هذا المرض ينتهى فى اليوم الرابع عشر بالكلية مع انتهاء دور التفلس

ثم ان هذا المرض يسير فى غالب الاحوال بالكيفية التى ذكرناها مع تغيرات قليلة وهذه الاحوال التى فيها لا يشاهد اختلاف عظيم من السير الطبيعى لهذا المرض وفيها تكون ادواره غير مصحوبة بظواهر غير اعتيادية تسمى فيها الحصبة بالحصبة البسيطة وبالاعتيادية وبالتهيجية وأما فى الاحوال الاخرى التى فيها يعبر عن الحصبة بالالتهابية (أو بالسينوخية) ففيها يظهر الطفح مع اعراض شديدة واللطخ الحصبية فى مثل هذه الاحوال تكون قريبة من بعضها أو مختلطة ولا تبتدئ فى بهاتة اللون بعد أربع وعشرين ساعة بل تبقى واضحة على الجلد خمسة أيام أو ستة وفى بعض الاحوال قد يكتسب الطفح لونا بنفسجيا أو مزرقا ولا يزول بضغط الاصبع عليه وهذه الظاهرة المبنية على تمزق جزئى فى الاوعية الشعرية الجلدية الممتلئة بالدم ينبغى اعتبارها مشابهة لغيرها من الانزفة الصغيرة الجزئية المصاحبة لغير ذلك من الاضطرابات الالتهابية الغذائية فى الجلد والذى يوجه حقيقة هذا التصور أن هذا الشكل من الحصبة النزيفية يكون سيره فى معظم الاحوال حميدا ولا يتضاعف بعلامات فساد فى الدم وانحلاله - وللظواهر الحمية التى تصاحب الحصبة الالتهابية مشابهة قوية بالظواهر الحمية التى تشاهد فى سير الالتهابات الحادة فضربات القلب تكون قوية والنبضات السباتية شديدة والنبض قويا ممتلئا متزايد السرعة وان لم يخرج عن الحد ودرجة حرارة الجسم لا تجاوز غالبا درجة أربعين مئينية وكذا الظواهر المرضية للاغشية المخاطية فانها كالطفح الجلدى فى الحصبة الالتهابية تتصف بطول المدة وكثرة الشدة والامتداد وما دام الطفح ظاهرا متزهرا يستمر كل من الفزع الضوئى والزكام والسعال بقوة عظيمة وفى هذا الشكل من الحصبة يظهر أيضا بدلا عن الالتهاب الحنجرى النزلى

التهاب حنجرى ذو غشاء كاذب وفيه يمتد التهاب الغشاء المخاطى من الشعب الى الحويصلات الرئوية غالبا وفيه تحصل أيضا التهابات نزلية فى الغشاء المخاطى المعدى والمعوى (المعروف ذلك بالحصبة المعدية) فان حصل عند طفل بحة فى الصوت وسعال رنان ونوب عسر عظيم فى التنفس وغير ذلك من الاعراض الواصفة للالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب فى دور تزهر الطفح الحصبى كانت حالة الطفل ليست خطرة بخلاف ما اذا كانت الظواهر المرضية المذكورة مصاحبة للدور الاول من الحصبة الى دور هجومها فان سير هذا المرض يكون غالبا خبيثا فى مثل هذه الاحوال وينتهى انتهاء محزنا وذلك ان عسر التنفس يزداد والتنفس يصير غير تام وتهبط الاطفال ويزول الطفح ويتورد الجلد أو لا يبقى فيه الا بقع ضررقة اذا كانت مصحوبة بانزفة جلدية وهذه البقع لا تزول بضغط الاصبع ـ ونحيل ما يخص التنوعات التى تعترى الصورة المرضية للحصبة الالتهابية عند امتداد الالتهاب النزلى للشعب الدقيقة جدا على ما ذكرناه فى الجزء الاول من هذا الكتاب عند الكلام على اعراض الالتهاب الشعبى الشعرى والاخطار التى تنتج عن هذا المرض فى سن الطفولية وكذا يتضح مما ذكرناه فى الجزء الاول أيضا عند الكلام على هبوط الرئة والالتهاب الرئوى النزلى مجموع الاعراض الذى يحكم به على حصول احدى هاتين المضاعفتين فانه بالمشاهدات العديدة للهبوط الرئوى والالتهاب الرئوى النزلى التى تنتج عن بعض الاوبئة الحصبية المنتشرة اتضحت لنا التغيرات التشريحية واعراض هذين المرضين ـ وأندر من الالتهاب الرئوى النزلى حصولا فى سير الحصبة الالتهابية الالتهاب الرئوى الليفى وهذا الالتهاب ان حصل وضاعف الحصبة الالتهابية يكون قاصرا على رئة واحدة بخلاف الالتهاب الرئوى النزلى فانه يعم الرئتين معا والحمى المصاحبة له تتصف بسيرها الدورى وانحطاطها السريع بخلاف الحمى التى تصاحب الالتهاب الرئوى النزلى فانها تكون ذات سير بطئ مستطيل ولا تنطفئ الا تدريجا والحركة الحمية التى تلازم الحصبة يحصل فى سيرها تنويع عظيم عند حصول المضاعفات السابق ذكرها ولا سيما عند حصول التهابات رئوية فان الحمى فى الحصبة البسيطة الاعتيادية أى

غير المضاعفة تنحط بسرعة متى وصلت لاقصى درجة ارتقائها التى تصل اليه عند انتهاء الطفح ولا تصل عند مضاعفة الحصبة بالتهابات رئوية نزلية أو ليفية الى اقصى درجة ارتقائها فيما بعد - ثم انه فى أحوال الحصبة التى فيها يتضاعف هذا المرض باصابة ثقيلة فى اعضاء التنفس قد يصير الطفح باهتا أو ينطفئ بالكلية فى زمن قليل وذلك عقب هبوط المريض بالكلية بسبب عدم كفاية التنفس وارتقاء الحمى الى درجة شديدة جدا وهذه الظاهرة كثيرا ما وجهت خطأ وذلك بانه اعتبر ارتداع الطفح هو السبب فى ثقل حالة المريض وحصول التغيرات الالتهابية المرضية للاعضاء التنفسية وليس نتيجة لها

وهناك شكل ثالث من الحصبة يسمى بالشكل الضعفى والتيفوسى والعفن وفى هذا الشكل الثقيل لا يكون الخطر ناشئا عن امتداد التهاب نزلى الى الفروع الشعبية الرقيقة أو عن مضاعفات ثقيلة أخرى بل يكون ناتجا عن التأثير الخبيث للسم الحصبى على البنية بتمامها فالحصبة من هذه الحيثية تماثل جميع الامراض التسممية الحادة وذلك ان وباء الحصبة الذى يظهر زمنا فزمنا يختلف تأثيره وقوته بالنسبة للاضطراب البنيى العمومى الناتج عن التسمم بالاصل المعدى للحصبة فان الطبيب الذى لا يشاهد الأوبية الشكل البسيط أو الالتهابى من الحصبة التى ظهرت فى العشر سنين الاخيرة فى كثير من الاقطار تصور أن الاصل المسم للحصبة له تأثير ضعيف على البنية ولا يغيرها الا قليلا لكن تصوره هذا يزول بسرعة متى شاهد بعض حالات من أحوال الحصبة العفنة الضعفية فانه فى الدور السابق لهذا الشكل قد يصير النبض الذى يكون قويا فى الابتداء صغيرا ضعيفا متواترا جدا وانحطاط المريض عظيما والدماغ مضطربا واللسان جافا مغطى بقشور مسودة ويمكن ان يهلك المريض من تقدم الانحطاط المتعاقب احيانا بنوب تشنجية وذلك قبل ان يحصل ظهور الطفح وفى أحوال أخرى قد يظهر مجموع الظواهر التيفوسية المذكورة التى كثيرا ما ينضم لها رعاف متكرر بعد ظهور الطفح يرتقى اذ ذاك لاشد درجة والطفح الذى يكون ظهوره غير منتظم عادة يكون تارة ذا لون أحمر باهت وتارة ازرق بنفسجيا بسبب حصول أنزفة جزئية فى

الجلد وقد يوجد بين البقع الحصبية لطخ كدمية او يبقى بعد زوال الطفح الحصبى بمدة بقع مزرقة واغلب الاطفال المرضى يهلكون بعد ان يصير النبض صغيرا ضعيفا متواترا جدا مع حصول ظواهر ضمور تارة مصحوبة بتشنجات وتارة بدونها وليس من الثابت مع التأكيد بالمشاهدات العديدة الى وقتنا هذا ان كان الضعف والشلل العموميان اللذان يشاهدان فى سير الحصبة الخبيثة الواصفة للشكل الضعفى العفن من هذا المرض ناتجين عن التسمم الاوسطى للدم بالسم الحصبى او ناتجان عن ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة شديدة جدا والذى يعضد الرأى الاخير أنه فى أثناء سير غير هذا المرض من الامراض التى لم تكن ناشئة عن تسمم بنيى عمومى يصير النبض صغيرا ضعيفا متى ارتقت درجة حرارة الجسم الى درجة شديدة جدا فائقة عن الحد وتظهر كذلك الظواهر العصبية أو التيفوسية والمعضد للرأى المذكور أيضا الامر الآتى وهو أن جميع الوسائط العلاجية المنقصة لدرجة حرارة الجسم تحدث تأثيرا جيدا فى هذه الظواهر

ويعد من الامراض التابعية للحصبة السعال الذى يستمر وجوده فى دور التفلس فانه كثيرا ما يستمر جملة أسابيع بل واشهر بعد انتهاء التفلس بالكلية ويحصل فيه ازدياد عقب المؤثرات الواهية والظاهر ان هذا السعال فى كثير من الاحوال ناشئ عن نزلة بسيطة شعبية و ينسب حينئذ كل من كثرة استمراره واستعصائه وثورانه زمنا فزمنا الى شدة حساسية الغشاء المخاطى وتأثره أو الى شدة حساسية الجلد وفى أحوال أخرى يكون هذا السعال ناشئا عن تغير مرضى ثقيل جدا فى الرئة فانه من الثابت ان الدرن الرئوى كثيرا ما يخلف الحصبة وان الموت عند الاطفال يكثر جدا بعد كل وباء حصبى مدة بعض سنين لكن يظهر لى ان القول المعتاد من كون السل الرئوى المزمن الذى كثيرا ما يخلف الحصبة يكون حصوله دائما أو أقله غالبا بتراكمات درنية فى الرئة فى أثناء حصول الحصبة أولينها اذا كانت موجودة من قبل أمر مشكوك فيه فان أغلب أحوال السل الرئوى عند الاطفال لا تنشأ عن تراكمات درنية دخنية أو عن لين يحصل فيها بل عن استحالة جبنية فى البورات الالتهابية الفصيصية وتلاشيها و يتضاعف ذلك باستحالة جبنية

فى العقد الشعبية وحيث ان الالتهابات الرئوية الفصيصية من جملة المضاعفات الكثيرة الحصول فى الحصبة فمن القريب للعقل نسبة السل الرئوى الذى كثيرا ما يخلف الحصبة الى الاستحالات المرضية أى الجبنية فى البورات الالتهابية التى لم تتحلل ومع هذا فليس القصد من ذلك القول بان الدرن الرئوى الحقيقى لا يحصل حصولا تابعيا أى مكون المرض تابعى للحصبة (خصوصا واننا شاهدنا جملة مرات ان حصول الدرن الدخنى الحاد للرئة قد أعقب الحصبة حالا) عن التهابات رئوية مزمنة مفسدة يعتريها استحالات جبنية وزيادة على الالتهابات الشعبية المزمنة والسل الرئوى المزمن يعد أيضا من جملة الامراض التابعية للحصبة جميع الاصابات الخنازيرية سيما الارماد الخنازيرية والسيلانات الاذنية والزكام الخنازيرى أيضا وانتفاخ العقد الليفاوية والتهابات السمحاق والمفاصل التهابا مزمنا فانه كثيرا ما يشاهد أن الاطفال التى لم تكن مصابة بداء الخنازير بالكلية يعتريها هذا المرض بجميع اشكاله بعد شفائها من الحصبة مدة من السنين ويعد من جملة الامراض التابعية النادرة للحصبة أيضا كل من غنغرينا الوجنة والشفرين عند البنات المعروف بالسرطان المائى والتهابات الاغشية المخاطية للفم الدفتيرية أى الاكالة

﴿المعالجة﴾

أما المعالجة الواقية الوحيدة من الحصبة فهى عزل الاطفال الاصحاء أى التى لم تصب بالحصبة عن المصابين بهذا المرض وغيره ممن كان مظنونا فيهم بانهم فى الدور السابق من هذا المرض فان أريد حفظ الاطفال من الاصابة بالحصبة وجب منعهم من التوجه الى المكاتب والمدارس زمن تسلطن هذا المرض أو نقلهم بالكلية ان اقتضى الحال لذلك من المحل المتسلطن فيه وباء الحصبة لكن لا يتمسك بهذه الامور الا عند وجود الاوبية النادرة الخبيثة للحصبة التى ينتج عنها هلاك عدد عظيم من الاطفال وأما فى أحوال وباء الحصبة الجيدة فلا يلتجأ لهذه الوسائط بالكلية سيما ومن المعلوم أنه لابد وأن يصاب كل انسان بالحصبة صغيرا كان أو كبيرا وحيث ان الحصبة الناشئة عن التلقيح يندر أن تأخذ سيرا طبيعيا مثل الاعتيادية وان الحصبة

الخبيثة المهلكة نادرة كان تلقيح الحصبة فى أثناء الوباء الحصبى الجيد غير جائز ولا مستعمل

وعند ظهور الحصبة عند شخص مّا ينبغى التمسك بانه لا يوجد واسطة من الوسائط العلاجية بها يمكن تنقيص سير هذا المرض او قطعه كما ان الوسائط العلاجية التى تستعمل لمقاومة بعض اعراض الحصبة غير اكيدة التأثير والنجاح فضلا عن كونها فى الغالب ذات تأثير مضر بالنسبة لسير الحصبة وبالجملة فانها مرض ينتهى فى غالب الاحوال بالشفاء بدون وسائط علاجية فمتى علم الطبيب هذه الامور وتحقق منها امتنع عن الامر بالوسائط المذكورة وتجنب الايصاء بالجواهر الدوائية عند اغلب المصابين بالحصبة فلا يأمرهم الا بتدبير غذائى جيد ولا تستعمل معالجة قوية الا عند وجود خطر محقق وينبغى حفظ جميع المرضى المصابين بالحصبة مدة مرضهم فى اود ذات حرارة معتدلة لا مرتفعة جدا ولا منخفضة بحيث ينبغى للطبيب ان يؤكد غاية التأكيد بنظم حرارة الاود بواسطة الترمومتر لا بواسطة احساس المنوطين بخدمة المرضى وتحفظ على الدوام فى درجة الثلاثة عشر الى الخمسة عشر ريومور (وهذا يقال فى البلاد الباردة جدا واما فى البلاد الحارة خصوصا فى القطر المصرى مدة الصيف فينبغى ترطيب حرارة الاود بواسطة آنية مملوءة بالماء ومنع الضوء عنها بستائر حاجزة لاشعة الشمس القوية) وينبغى كذلك تجديد هواء اودة المريض كل يوم وفى اثناء ذلك يغطى وجهه وراسه بمنديل خفيف مع وضع حاجز امام فراشه

وقد تركت الآن العادة المنتشرة قديما وهى عدم غسل المرضى المصابين بالحصبة والتغيير عليهم بالملابس النظيفة اقله مدة اربعة عشر يوما وترك هذه العادة حق فانه قد تحقق للعوام فضلا عن الاطباء ان الحصبة قد ترتدع فى بعض الاحوال ولو مع حفظ المريض فى الوساخة التامة وانها لا ترتدع فى اغلب الاحوال ولو مع النظافة التامة وتغيير الملابس كل يوم لكن ينبغى التحفظ على المريض عند غسله والتغيير عليه فان كلا من غسل المريض وتغيير ملابسه يجب اجراؤه بغاية السرعة مع عدم تعريضه زمنا زيادة عن اللزوم وكل من اغطية الفراش وملابس المريض

لا ينبغي أخذها من صندوقها الموضوعة فيه بعد غسلها ووضعها على جسم المريض مباشرة بل ينبغي قبل ذلك تدفئتها جيدا وتبخيرها أوان يستعملها شخص سليم آخر ليلة لاجل تدفئتها ـ وكذا قاعة المريض ينبغي تظليلها ظلاما مناسبا موافقا لحالة النزلة الملتحمية والفزع من الضوء فانه ان بولغ فى تظليل أودة المريض بواسطة ستائر سميكة خضراء حصل تثاقل فى حالة النزلة الملتحمية والفزع من الضوء لانه كلما فتح باب أودة المريض ووقع الضوء فيها بقوة انزعج من الضوء جدا ـ وفى دور هجوم هذا المرض ودور الطفح أيضا ينبغي أن يستعمل المريض الحمية القاسية كالشوربة المائية واللطيف من الخبز ونحو ذلك وان وجد عنده امساك يعطى له مطبوخ بعض الاثمار ومتى زالت الحمى فى دور تزهر الطفح وانطفائه أمر له بالامراق وتعاطى الالبان وتعود المرضى فى دور تفلس الحصبة على غذائها المعتاد شيأ فشيأ وأجود المشروبات فى هذا المرض الماء البارد القراح الذى يترك بعض زمن فى أوان من الصينى أو البلور فى أودة المريض فانه باعطائه الماء لا يخشى مطلقا حصول أدنى ضرر ولا تثاقل وقتى لبعض الظواهر المرضية ومن القساوة العظمى بل والمضر منع المرضى عن الماء ماداموا فى حالة الحمى مع العطش الشديد واعطاؤهم بدلا عن ذلك الماء الساخن أو المنقوعات الساخنة أو المشروبات المحلاة التى يأباها المريض بسرعة ولا تلطف السعال كما يؤمل من اعطائها فانها غير ضرورية للاستعمال والزمن الذى يمضيه المريض فى فراشه وفى أودته لا ينبغي أن يكون بكيفية محدودة وعدد معلوم من الايام والاسابيع بل الذى ينبغي التمسك به هو أن تبقى المرضى فى فراشهم مادام عندهم أثر الحمى والتفلس مستمرا والسعال شديدا ويحفظون فى أودهم مادام عندهم أثر النزلات الحصبية سواء مضت الاربعة عشر يوما أو الستة أسابيع المحددة لذلك عادة أو لم تمض ـ وكذا بعد تمام شفائهم ينبغي للطبيب الالتفات اليهم التفاتا تاما ومعالجة أى سعال ولو خفيفا بغاية الدقة وقد كثر فى العصر المستجد استعمال معالجة مائية مضادة للحمى كما تستعمل فى غير هذا المرض من الامراض التسممية ولا شك انها ناجحة فى الاحوال الحصبية

الصديدية بحمى شديدة وهذه المعالجة عبارة عن تغليف المريض بملآت مبتلة بالماء البارد أو الحمامات الباردة أو كما يوصى به سمسن وضعها ابتداء فى حمام فاتر درجة حرارته ٢٧ ويبرد بالتدريج الى ٢٣ أو ٢٠ وتكرر مرتين فى اليوم أو أكثر ومن هذا القبيل استعمال الكنين او حمض الصفصاف بقصد تنقيص درجة الحرارة

والعوارض الخطرة التى تستدعى معالجة قوية أول ما يعد منها كثير من المؤلفين ارتداع الطفح ويقولون ان أهم الوسائط العلاجية هى التى يمكن بها ارجاع الطفح ثانيا ونحن لا نخشى من القول بان المعالجة التى تفعل من هذه الحيثية ليست مؤسسة على معارف علمية بل هى خطرة للغاية وخطرها ناتج من كون الوسائط العلاجية التى تستعمل لها تأثير مضر فى سير هذا المرض فقد ذكرنا ان ارتداع الطفح طبقا لما بيناه ليس سببا فى تثاقل اعراض المرض بل نتيجة له وانه يحصل من الهبوط العام للمريض الذى يشترك فيه الجلد فتثاقل هذا المرض سببه كما ذكرنا ظهور بعض المضاعفات الثقيلة لاسيما بعض الالتهابات الرئوية الفصيصية فان جهل الطبيب ذلك وأمر بدلك جلد الطفل بالصبغات والمروخات المهيجة أو بوضعه فى حمام ساخن مضاف اليه مسحوق الخردل أو البوتاسا الكاوية أو بتغليفه بملآت مبتلة بمنقوع خردلى ساخن زعما بارجاع الطفح ثانيا ترتب على ذلك غالبا ولو حصل المقصود وقتيا من رجوع الطفح ضرر عظيم فان جميع هذه الوسائط العلاجية ليس لها تأثير جيد فى سير الالتهابات الرئوية الفصيصية وغيرها من المضاعفات الثقيلة ولانها تزيد الحمى ازديادا عظيما والاعراض التى تحصل مدة دور الهجوم سيما نوب بحة الصوت وانطفائه وعسر التنفس العظيم التى تحصل خصوصا فى اثناء النوم تستدعى عين الوسائط العلاجية التى ذكرناها عند الكلام على معالجة النزلة الحنجرية البسيطة خصوصا المقيئات ووضع الاسفنج المبتل بالماء الساخن على العنق واعطاء المشروبات الفاترة وان كان السعال قويا جدا مستمرا وجب أن يعطى للبالغين فى المساء قدرا من ثلاثة ديسى جرام الى ستة (اعنى من خمس قمحات الى عشرة) من مسحوق دوفير ويؤمر للاطفال الذين لا ينبغى اعطاؤهم المركبات الافيونية لخطرها عندهم سيما ان كانت فى حالة الحمى بمقادير صغيرة من خلاصة

الخس البرى أو منقوع خفيف من عرق الذهب بقدر ثلاثة دسى جرام (اعنى ست قمحات) على مائة وعشرين جراما (أى اربع اواق) من الماء وخمسة عشر جراما (اعنى نصف أوقية) من الشراب وعند ما تكون الحمى مكتسبة للصفة الالتهابية فى دور هجوم هذا المرض وتزهر طفحه لامانع من اعطاء نترات البوتاسا ولو أنه من الاكيد أن هذا الجوهر الدوائى لايمنع حصول المضاعفات الالتهابية الانادرا جدا وأما اعطاء المقيئ فيحتاج لاحتراس عظيم جدا فان القىء والاسهال عند الاطفال المصابين بالحصبة مضر وكثيرا ما ينشأ عنه الهبوط العظيم الذى يهدد حياة المريض فى اثناء سير الحصبة المسماة بالالتهابية وأما الالتهاب الحنجرى والالتهاب الرئوى اللذان يضاعفان الحصبة احيانا فينبغى معالجتهما طبقا للقواعد العلاجية التى ذكرناها عند الكلام على معالجة الاشكال الاولية من هذين المرضين ولو كان العشم هنا بالنجاح قليلا ومثل ذلك يقال فى باقى مضاعفات الحصبة وأما فى الاشكال الضعفية والتيفوسية والعفنة للحصبة فالمستعمل فيها مغلى الكينا والحوامض المعدنية والمنبهات

(المبحث الثانى)

(فى القرمزية والحمى القرمزية)

(كيفية الظهور والاسباب)

الحمى القرمزية مرض معد وثبوته ليس ببعض أحوال التلقيح الناجحة فقط بل بالانتقال أيضا والانتشار العام الثابت بمشاهدات أكيدة من محل الى آخر بواسطة أشخاص مصابين بهذا المرض لكن القول بان سريان هذا المرض بواسطة العدوى هو الواسطة الوحيدة فى انتشاره وان السم القرمزى لايحصل مطلقا ذاتيا لم يثبت ذلك بالكلية فانه قد شوهد فى محال متعددة فيها يمكن اتباع انتشار هذا المرض مع غاية الوضوح ظهور اوبية منه بدون ثبوت انتقاله اليها الا بكيفية قطعية ولا ظنية والسم القرمزى ليس معلوما لنا كالسم الحصبى ويظهر أن عدوى بعض الاشخاص الماكثين بقرب المرضى المصابين بالقرمزية بدون ملامستهم مباشرة يثبت ان السم القرمزى موجود فى تصاعدات المرضى ومختلط بالهواء المحيط بها

كما انه توجد أدلة عديدة محققة تثبت ان العدوى بالقرمزية وانتقالها من محل الى آخر يمكن حصولها بواسطة بعض الاشخاص التى تبقى مصونة من الاصابة به ولم تثبت التجارب الى الآن كون الحامل للسم القرمزى هو الدم والافرازات ودور التفريخ فى القرمزية يظهر أنه اقصر زمنا من دور تفريخ الحصبة فلا يستطيل الا ثمانية أيام أو تسعة لكن هذا الزمن اثباته عسر بسبب صعوبة معرفة الوقت الذى حصل فيه ابتداء العدوى وكذا لا يمكن القول القطعى بالدور الذى فيه تكون القرمزية معدية ثم ان الاستعداد للاصابة بالقرمزية أقل انتشارا من الاستعداد للاصابة بالحصبة فان عدد الاشخاص الذين لم يصابوا بهذا المرض مدة حياتهم ليس قليلا

والاصابة بالقرمزية يكاد يزيل استعداد الاصابة بها مرة ثانية بدون استثناء والاطفال الرضع تبقى مصونة عن الاصابة به مدة تسلطنه تسلطنا وبائيا واما الاطفال الذين جاوزوا السنة الثانية فهى اكثر عرضة للعدوى به ومع ذلك فقد تصاب بالحمى القرمزية أشخاص بالغون لم يكونوا أصيبوا به مدة طفوليتهم بل وقد يشاهد هذا المرض احيانا عند الشيوخ ويكاد لا ينطفئ بالكلية فى المدن العظيمة لكن الاسباب التى توجب انتشاره زمنا فزمنا والتى تحيله من الحالة الافرادية الى الحالة الوبائية بغتة ليست معلومة لنا كما اننا لا نعلم الاسباب الموجبة لتنوع اوبية هذا المرض واختلافها بالنسبة للخبث والجودة واوبية القرمزية تتسلطن عادة فى فصل الخريف والربيع لكن ليس على الدوام وتعقب بعضها فى ازمنة كثيرة الطول أو قليلته وتختلف مدتها

﴿الصفات التشريحية﴾

التغيرات التشريحية التى تظهر فى الجلد مدة الحياة عبارة عن التهاب اريتماوى منتشر فيه فانها تنشأ من احتقان الجلد احتقانا شديدا وارتشاح طبقاته السطحية ارتشاحا أوذيماويا التهابيا واحمرار الجلد الناشئ عن احتقانه يتضح أولا على هيئة نكت صغيرة عديدة قريبة من بعضها تختلط بسرعة فتكون لطخا عريضة محمرة مستوية (وتسمى بالقرمزية اللطخية) واندر

من ذلك ان احمرار الجلد يبقى قاصرا على بقع منعزلة مختلفة فى الاتساع غير منتظمة الشكل أو انه يشاهد على الجلد الباهت بقع محمرة (وتسمى بالقرمزية النكتية) ويندر أن يحصل فى هذا المرض مثل ما يحصل فى الحصبة حلمات ناشئة عن تجمع نضح التهابى فى جوهر الجلد فى أصفار محدودة (وتسمى بالقرمزية الحلمية) بل الغالب ان النضح المنسكب على السطح الظاهر من الجلد يرفع البشرة على هيئة حويصلات صغيرة (وتسمى بالقرمزية الحويصلية) أو انه يرفعها على هيئة فقاعات عظيمة ممتلئة بسائل صاف أو متعكر أو مصفر (وتسمى بالقرمزية البثرية أو البنفجوسية) وفى الاحوال الخبيثة قد يتضاعف احتقان الجلد بانزفة فيه عظيمة أو صغيرة وان حصل الموت مدة ارتقاء الحمى القرمزية يشاهد الجلد فى الجثة غالبا كثيفا متيبسا عقب ارتشاحه ولا يندر أن يشاهد فيه فقاعات جافة أو بقع كدمية مسمرة لا تزول عقب الموت كاحتقان الجلد

ثم ان التسمم بالسم القرمزى كما انه يؤدى لالتهابات فى الجلد يؤدى كذلك لالتهاب فى الغشاء المخاطى الحلقى والشكل الاعتيادى من التهاب الغشاء المخاطى الحلقى القرمزى هو النزلى وفيه يصاب كل من الغشاء المخاطى المغشى لقوائم اللهاة واللوزتين والبلعوم فيكون فى الابتداء أحمر داكنا منتفخا جافا ثم يغطى بمواد مخاطية وفى بعض الاوبئة الخبيثة قد يحدث السم القرمزى فى الغشاء المخاطى للحلق الشكل الدفتيرى من الالتهاب لا شكله النزلى فيكون كل من الحلق والبلعوم فى مثل هذه الاحوال مغطى ابتداء بلطخ سنجابية لا يمكن عزلها من الغشاء المخاطى فانها تكون ناتجة عن ارتشاح جوهر الغشاء المخاطى بنضح ليفى وعما قليل تنفصل بعض أجزاء متغنغرة من الغشاء المخاطى للحلق عقب النضح الحاصل فيها فتنفصل على هيئة خشكريشات متغيرة اللون ذات رائحة كريهة فيخلفها فقد جوهر غير منتظم مغطى بمواد صديدية وسخة وفى أحوال كثيرة قد يمتد هذا التغير الخبيث من الخياشيم الى الانف وهذا التغير هو سبب الزكام الخبيث الذى يحصل فى الاوبئة الخبيثة من القرمزية كما ان هذا الالتهاب الدفتيرى قد يمتد الى الفم والشفتين وزاويتيهما ويندر امتداده الى الحنجرة وبالجملة قد

يسير التهاب الغشاء المخاطى القرمزى على هيئة التهاب جوهرى فى اللوزتين فيحدث فيهما انتفاخ عظيم ثم تقيح

وكثيرا ما تحصل مع الالتهابات الحلقية ذات الشكل الخبيث فى القرمزية أو بدونها التهابات فى الغدد النكفية والعقد اللينفاوية العنقية والمنسوج الخلوى للعنق وهذه يندر انتهاؤها بالتحلل بل الغالب انه بعد بقاء الانتفاخ العظيم للاجزاء الملتهبة الذى كثيرا ما يكتسب صلابة عظيمة جدا ينتهى بالتقيح أو بتنكرز الاجزاء الرخوة (أى موتها) تنكرزا منتشرا

ومن الثابت حصوله مثل اصابات الجلد والغشاء المخاطى للحلق اصابة الكليتين فى القرمزية وهذه الاصابة اما أن تكون على شكل الاحتقان الشديد المصحوب بحالة نزلية فى القنوات البولية (مع انقذاف طبقتها البشرية) واما على شكل الالتهاب ذى الغشاء الكاذب فى القنوات البولية كما يشاهد ذلك فى أحوال عديدة بل فى بعض الاوبية يكاد ان تكون الاصابة الاخيرة هى التى تحصل على الدوام ولا يجوز عدّ داء بركت الحاد هو والذبحة الدفتيرية من جملة مضاعفات الحمى القرمزية الملازمة والا فيترتب على ذلك اعتبار التهاب الجلد والالتهاب النزلى للغشاء المخاطى الحلقى واحتقان الكليتين مضاعفات للحمى القرمزية وليست من اعراضها الخاصة بها

ومثل ذلك يقال أيضا فى التهاب المفاصل والبلورا والغلاف الظاهر للقلب أى التامور وفى التهاب الاذن الباطنة والتهاب القرنية وغيرهما من التغيرات الغذائية الاخرى النادرة التى قد تشاهد فى اثناء سير القرمزية ولو لم يثبت الى الآن انه فى الاحوال التى فيها تظهر هذه التغيرات عقب التسمم بالاصل المعدى للقرمزية يوجد سبب ثان أثر فى بنية المريض خلاف السم القرمزى واحدث هذه التغيرات المرضية كمضاعفات للقرمزية نفسها بل يظهر بحسب الظن ان التسمم بالاصل المعدى للقرمزية الذى لا يحدث فى غالب الاحوال الا تغيرات مدركة فى الجلد والحلق والكليتين هو الذى يحدث على الدوام اضطرابا وتشويها عموميا فى تغذية الجسم بتمامه فيحدث أيضا بتأثير أسباب أخرى غير معلومة تغيرات مرضية

ثقيلة

ثقيلة مدركة فى الاعضاء المذكورة ومما ينبغى التنبه له ان الدم فى جثة الاشخاص الهالكين بالقرمزية يوجد قابل اللبفية مائعا مسمرا واحيانا يوجد كل من الطحال والاجربة المعوية منتفخا

﴿الاعراض والسير﴾

الحمى القرمزية البسيطة أى الطبيعية أو الجيدة هى عبارة عن الاحوال التى فيها تحفظ الحمى الصفة التهيجية ولا توجد بها تغيرات مدركة موضعية الا فى الجلد والغشاء المخاطى الحلقى على صفة الذبحة الحلقية النزلية الشديدة واحتقان الكليتين البسيط وسنذكر أولا اعراض هذا الشكل البسيط من القرمزية وسيره (الذى هو يكاد على الدوام يكون مرضا ثقيلا) ثم نذكر أيضا التنوعات التى تحصل فى اعراض هذا المرض وسيره الناشئة تارة من الشكل الضعفى للحمى الناتج غالبا عن ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة عظمى وتارة عن كثرة تعدد الاصابات الموضعية وامتدادها فنقول

اما دور تفريخ هذا المرض ففيه تشكى بعض المرضى بتكسر وهبوط واحساس بضجر غير محدود ولكن أغلبهم يكون فى حالة صحة تامة

واما دور الهجوم فانه يبتدئ بنوب قشعريرات متكررة ويندر ابتداؤه بنوبة قشعريرة واحدة ثم يعقب ذلك احساس بحرارة محرقة تهوع أوقىء وآلام شديدة فى الراس واحساس بخدر عظيم وتألم عمومى فى المفاصل وتكسر فيها وغير ذلك من الاعراض التى تكاد تصاحب كل حمى ثقيلة والنبض يكون غالبا فى هذا الزمن سريعا جدا بحيث يصل الى مائة وعشرين أو مائة وثلاثين ضربة فى الدقيقة الواحدة وحرارة الجسم تصل احيانا الى درجة الاربعين أو الواحد والاربعين متينية أو أزيد وهذه السرعة العظيمة للنبض هى وارتقاء درجة الحرارة الى هذه الدرجة يكاد أن لا يوجد فى ابتداء غير هذا المرض من باقى الامراض حتى فى التهابات الاعضاء المهمة الممتدة ومن هاتين الظاهرتين يمكن الظن بان هذه الحمى هى حمى مرض تسممى انتشارى وحيث ان اعراض التهاب الحلق المحسوسة للمريض والمدركة للطبيب تظهر عادة ابتداء مع الحمى فى آن واحد يمكن الحكم مع التأكيد التقريبى بان المريض معتريه حمى قرمزية ابتدائية وليس

حصبة ولا جدريا ولا غيرهما من الامراض التسممية فان المرضى تتشكى باحساس بجفاف وحرقان فى الحلق والالم تزداد عند الازدراد وعند النظر فى الحلق يشاهد كل من الغشاء المخاطى للوزتين وقوائم اللهاة أحمر دا كنا منتفخا وكذا اللسان فى بعض الاحوال يكون شديد الاحمرار من حافتيه وهذه الظواهر السابقة تستمر احيانا بعض ساعات أوأن الطفح يتضح حالا مع ظهور الحمى دور الهجوم بحيث ان هذا الدور يفقد بالكلية فى مثل هذه الاحوال لكن الغالب ان اعراضه تستمر مدة يوم أو يومين ويندر ان تستطيل مدتها أكثر من ذلك وكما ان اعراض دور الهجوم تختلف شدتها قد تتنوع أيضا فى بعض الاحوال وهذا التنوع يكون متعلقا اما بحالة بنية المريض أو بمؤثرات أخرى غير معلومة فبعض المرضى يوجد عنده هيجان عظيم أو هذيان و بعضهم عنده خمود فى الحواس فتستلقى على فراشها فى حالة هبوط وكثيرا مايحصل عند بعض الاطفال تشنجات كما يحصل عندها فى غير هذا المرض من الامراض الحمية ومن جهة أخرى يوجد مرضى تتحمل دور هجوم القرمزية بسهولة عظيمة فلا يظهر انه معتريهم مرض ثقيل فى اثنائه وأما دور الطفح فيكاد يبتدئ على الدوام بثوران الحمى وكذا الظواهر التى تصاحبها كألم الرأس والاحساس بالضعف والضجر أوالهبوط يحصل فيها كذلك ازدياد وكثيرا ماتحصل تشنجات عند الاطفال فى هذا الزمن والطفح القرمزى لايظهر ابتداء فى الوجه مثل الطفح الحصبى بل انه يظهر ابتداء فى العنق ويتمدد منه الى باقى الجسم بحيث انه يعم الجلد بالاحمرار القرمزى فى ظرف ٢٤ ساعة الى ٣٦ وانما الوجنتان هما المحمرتان فقط ولذا يكون الطفح القرمزى فى الوجه أقل وضوحا من محلات أخرى وأشد درجة الاحمرار توجد فى العنق وثنيات المفاصل والجهة الوحشية من الاطراف والايدى والاقدام والتخير الجلدى للمرضى يشابه الجبن العفن أو رائحة الاقفاص المحبوس فيها الحيوانات الوحشية وعند اتضاح الطفح ترتقى كذلك اعراض الذبحة الحلقية فاحمراره يصير قانيا واللسان لايكون فقط محمرا من الحوافى بل ومن ظهره أيضا بحيث ان الطلا الذى كان مغطيا له فى الابتداء ينقذف فيشاهد اللسان ذا لون أحمر قاتم والحلمات اللسانية

المتقرحة تعطى للسان هيئة خشنة (تشبه لسان القطط) وفى دور الطفح قد نشاهد ظواهر مختلفة من الاعراض التى سبق شرحها بدون ان يكون لها تاثير عظيم فى سير المرض فمنها ان الطفح قد ينتشر بسرعة عظيمة جدا على جميع سطح الجلد ومنها ان الاحمرار قد يكون قانيا واحيانا ادكنا ومنها ان الطفح قد يكتسب هيئة الحصبة الدخنية كما ان ظواهر الذبحة الحلقية قد تكون عظيمة الشدة واحيانا خفيفة بالكلية والنزلة الحلقية لا تصطحب فى كثير من الاحوال بنزلة حنجرية ولا بنزلة فى القصبة الهوائية والشعب

وأما دور تزهر الطفح الذى يستمر من اربعة ايام الى خمسة عادة ففيه ترتقى الحمى فى الابتداء وتصل الى نهاية ارتقائها فى اليوم الثانى وفى هذا الزمن يكون الطفح فى اشد درجة تزهره وكذلك ظواهر الذبحة الحلقية تكون قد وصلت الى اشد درجتها والبول يحتوى على كثير من المواد البشرية المنقذفة وكثيرا ما يحتوى على قليل من الزلال وكذلك الحالة العامة للمريض تكون فى هذا الزمن فى اشد درجة اضطرابها ثم تاخذ جميع الظواهر المرضية فى التناقص والانحطاط فكل من سرعة النبض وارتقاء درجة الحرارة يهبط ويبهت الطفح ويقل تعسر الازدراد ويتحسن اضطراب الحالة العامة والأحوال المرضية فى هذا الدور بقطع النظر عن اختلاف درجة ارتقاء الحرارة وتعداد التغيرات الموضعية التى تشاهد فى هذا الدور لا يماثل بعضها بعضا فان الطفح قد يستمر فى بعض الاحوال زمنا طويلا على الجلد واحيانا اخرى يبهت وينطفئ بسرعة ومثل ذلك يقال فى تغيرات الغشاء المخاطى وباقى اعراض الحمى

وأما دور التقلس فانه يبتدئ عادة فى اليوم الخامس بعد ظهور الطفح فلاحمرار مدة ما يكون زاهيا حول المفاصل يبهت جلد العنق بالكلية وفى هذا المحل يشاهد ان الجلد يصير خشنا ويتقلس بسهولة بان تتجزأ الطبقة البشرية الى جملة قطع ثم تنفصل على هيئة اهداب صغيرة وبعد أيام قلائل يزول الاحمرار ايضا من الاطراف ويبتدئ التقلس لكنه فى الاطراف لا يحصل مثل ما يحصل فى تقلس العنق بمعنى ان الطبقة البشرية لا تنفصل

على هيئة جزئيات صغيرة قشرية الشكل بل انها تنفصل على هيئة أهداب متماسكة عظيمة بحيث ينزعها المريض بيده وفى دور التفلس الذى يستمر عادة من ثمانية أيام الى اربعة عشر تزول جميع الظواهر الحمية هى وظواهر الذبحة الحلقية وينتهى المرض فى الاحوال ذات السير الطبيعى الحميد فى الاسبوع الثالث او الرابع بالشفاء التام ثم انه يعد من الاشكال الحميدة لهذا المرض ايضا اشكاله غير التامة كالحمى القرمزية بدون طفح وكالقرمزية بدون ذبحة حلقية والقرمزية العديمة الطفح لا يمكن تمييزها عن الذبحة الحلقية البسيطة الا باعتبار وباء القرمزية المتسلطن وشدة درجة الحمى وثقل الاضطراب العام عند المريض وبدور الظواهر السابقة اى دور الهجوم الكثير الوضوح وأما القرمزية العديمة الذبحة الحلقية فانها تعرف بالظواهر الحمية وبالطفح الخاص بالقرمزية فان اصابة الغشاء المخاطى الحلقى بالسم القرمزى تكون اما غير مدركة بالكلية اولا يوجد عند المريض الا عسر خفيف فى الازدراد واحمرار ضعيف فى الحلق وينبغى الاحتراس التام فى تشخيص القرمزية غير المصحوبة بذبحة حلقية سيما ان لم يثبت ان الاشخاص المصابين لم يلامسوا اشخاصا مرضى بالحمى القرمزية والتمييز بين القرمزية غير المصحوبة بذبحة حلقية وبين الايرثما الممتدة وبعض اشكال الوردية يعسر غالبا بسبب المشابهة التامة بين هذين الطفحين ولا يمكن فى الحقيقة تمييزهما عن بعضهما الا باعتبار الاحوال السببية

ثم ان الحمى القرمزية يمكن ان تؤثر تاثيرا متلفا على البنية مثل الحصبة بدون ان تظهر تغيرات غذائية ثقيلة فى بعض الاعضاء بل قد تهلك المرضى من هذا التاثير المتلف بدون ظهور التغيرات الموضعية الاعتيادية للقرمزية فى الجلد والغشاء المخاطى الحلقى وهلاك المرضى فى مثل هذه الاحوال يكون من شلل القلب الذى يسبق بظواهر الانحطاط والضعف العظيم جدا وينبغى لنا فى مثل هذه الاحوال التمييز بان كان شلل القلب ناتجا عن تغير فى صفات الدم بواسطة السم القرمزى وتاثيره على المجموع العصبى ولا سيما اعصاب القلب أو كان هذا التاثير المهلك ناشئا عن درجة الحمى وارتفاع حرارة الجسم

الى درجة غير مطاقة لكن حيث ان حرارة الجسم ترتقى الى درجة عظمى ولو
فى القرمزية الاعتيادية الحميدة وان ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة
تجاوزت الحد لا يمكن بها استمرار الحياة بحسب التجارب الفسيولوجية كما
ذكرنا نعتبر النظريات الاخيرة من أنه فى القرمزية الخبيثة والقرمزية
الضعفية التيفوسية بان ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة فائقة الحد هو
المؤدى الى شلل القلب ثم ان اعراض القرمزية الضعفية التيفوسية تشابه
بالكلية اعراض الحصبة الضعفية التيفوسية والاشكال التيفوسية لغير
هذا المرض من الامراض سيما التسممية الحادة الانتشارية ففى دور الهجوم
تكون المرضى فى حالة هبوط عظيم مستلقية على فراشها فى درجة انحطاط
عظيم لا تدرى ما حولها ولا تجيب عن الاسئلة التى توجه اليها ثم تقع فى حالة
كوماوية تامة والحدقة تكون غالبا متمددة ولا يندر ان تحصل انقباضات
عضلية خفيفة او تشنجات عمومية عند الاطفال ويصير اللسان جافا والنبض
صغيرا جدا يكاد لا يحصى عددا وكثيرا ما يكون الجذع ذا حرارة محرقة
والاطراف باردة بعكس ذلك ثم بارتقاء درجة الانحطاط وبالاوذيما الرئوية
التى تنضم لذلك يمكن ان تهلك المرضى قبل ظهور الطفح القرمزى والذبحة
الحلقية القرمزية التى تكاد لا تدرك فى مثل هذه الاحوال بسبب ثقل الحالة
العامة عند المريض تكون غالبا دفتيرية الشكل وان لم تهلك المرضى
فى دور الهجوم يظهر الطفح عادة ببطء مع عدم الانتظام ويكون ذا لون باهت
او مزرق ولا يستمر ظهوره على الجلد الا زمنا قليلا وكثيرا ما يصطحب بنكت
نمشية تستمر ولو بعد زوال الطفح واندفاع الطفح وظهوره فى مثل هذه
الاحوال الخبيثة لا يحدث تحسينا فى حالة المريض بل ان الحمى الشديدة
تستمر ويصير النبض ضعيفا وانحطاط المريض عظيما وكثيرا ما ينضم لذلك
اسهال وحالة طبلية فى البطن ويتغطى اللسان واللثة بطبقة مسودة واغلب
المرضى يهلك فى هذا الدور ومن نجا منهم وامتدت حياته الى دور النقاهة
يهلك غالبهم بامراض تابعة

ومثل هذه الاحوال الخبيثة فى السير التى فيها التسمم القرمزى يحدث شلل
القلب اما بتاثيره الاوسطى او بواسطة ارتقاء درجة الحمى الى الاحوال

التى فيها تصطحب القرمزيه بذبحه حلقيه خبيثة و بتقرح فى العقد اللبنفاويه العنقية وغيره من التغيرات الغذائية الثقيلة ولا يمكننا هنا شرح جميع الاحوال والتنوعات العديدة التى تنتج عن التسمم بالاصل العدى للقرمزية فنقتصر على القنويه لها فنقول اما الذبحة الخبيثة فلا يندر ان تظهر فى اثناء سير القرمزية التى تكون بحسب الظاهر جيدة وفى الدور الاول من هذه الذبحة لا تظهر على الدوام اعراض مرضية خطرة فعسر الازدراد لا يرتقى الى درجة ثقيلة الا اذا اصطحبت هذه الذبحة بالتهاب جوهرى فى اللوزتين وحينئذ يتعسر الازدراد بالكلية بل يتعذر واشتراك الغشاء المخاطى الانفى مع الالتهاب الدفتيرى للحلق أمر مستمر الحصول بحيث ان ظهور الزكام الذى يظهر فى الابتداء حميدا اذا افرز جيدا يسيل من الانف بدون رائحة كريهة عرض يخشى منه للغاية بل يكاد يكون على الدوام خطرا والذبحة الحلقية النزلية فى القرمزية يندر اصطحابها بالزكام جدا ولذا لا ينبغى الالتفات لاعتقاد اهل الطفل من ان الزكام عرض جيد بل ينبغى اعتبار هذا العرض علامة غير جيدة وتشخيص الذبحة الحلقية الدفتيرية مع التاكيد يثبت فقط فى الدور الاول لهذا المرض من البحث عن الحلق بالنظر فيظهر على الغشاء المخاطى المحمر احمرارا شديدا الطفح ذات لون أبيض وسخ ملتصقة بالغشاء المخاطى ثم بعد بعض أيام يتغير شكل المرض ويكتسب هيئة خبيثة فان الطفح وان لم ينتج عنه ظواهر مرضية ثقيلة غير أنه تشم بقرب المريض رائحة منتنة رمية تنتشر من فمه وأنفه وتنفصل من حلقه اللطخ الوسخة على هيئة خشكريشات يتكون محلها قروح متغيرة اللون ويسيل من الانف افراز مصفر ذو رائحة كريهة يتسلخ منه جلد الوجنتين والاجزاء الملامسة له وكذا العقد اللينفاوية العنقية تنتفخ انتفاخا عظيما مكونة لتعقدات صلبة غير منتظمة الشكل على جانبى العنق والمرضى تكون مستلقية مائلة الرأس الى الخلف وفى حالة تقرب من الكوما او فاقدة الادراك بالكلية والنبض الذى يكون فى الابتداء قويا يصير صغيرا متواترا بحيث يصل الى ١٤٠ او ١٦٠ فى الدقيقة الواحدة وحرارة الجسم ترتقى الى درجة الاربعين مئينية اوازيد من ذلك وفى مثل هذه الاحوال يحصل مثل ما يحصل فى الحصبة متى

اصطحب هذا المرض الاخير بالتهاب رئوى فصيصى فان الحمى الناشئة عن التسمم بالاصل المعدى للقرمزية ترتقى الى درجة عظيمة جدا متى اصطحب هذا المرض بالتهاب دفتيرى فى الحلق فترتقى حرارة الجسم الى الدرجة التى فيها تشاهد على الدوام ظواهر الضعف والشلل ثم ان عاشت المرضى ومضى زمن تزهر الطفح حصل دور التفلس بكيفية طبيعية غالبا غير انه يتمادى حتى تشفى القروح الحلقية وبزول السيلان المنتن من الانف وكثيرا ما يمتد الالتهاب من الحلق الى بوقى ايستاكيوس ومنهما الى تجويف الطبلة فينشا عن ذلك التهاب اذنى باطنى كثيرا ما يؤدى الى انثقاب غشاء الطبلة والى تسوس العظم الصخرى ولذا يستمر عند كثير من المرضى وجود سيلان اذنى بعد شفاء القرمزية طول حياته مع تناقص عظيم فى السمع وان كان الالتهاب الدفتيرى للحلق قد امتد من تجويف الفم الى الشفتين شوهد بطء عظيم فى شفاء القروح التى تحصل فى زوايتى الفم – وهناك خطر عظيم يعترى المرضى فى دور تفلس القرمزية وفى أثناء النقاهة ينشأ عن التهاب العقد اللينفاوية وارتشاحها هى والمنسوج الخلوى تحت الجلد للعنق فان هذه الالتهابات يندر ان تنتهى بالتحلل بل الغالب انها تنتهى بالتقيح بعد زمن طويل جدا مع ظواهر حمية فتهلك المرضى بالكلية فانه قد يشاهد هلاكهم فى الاسبوع السادس او السابع عقب شفاء القرمزية بالكلية بسبب تقيح هذه العقد بل والتهاب العقد العنقية وارتشاحها قد يحصل بدون الذبحة الحلقية الخبيثة فينشأ عنه فى مثل هذه الاحوال ارتقاء عظيم فى حالة الحمى وظواهر تيفوسية والظواهر الدماغية توجد ايضا بارتقاء درجة الحمى التى تصاحب انتفاخ العقد العنقية وارتشاحها وذلك أجود من توجيهها بالضغط الواقع على الاوعية العنقية واضطراب الدورة الدماغية الناشئ عن ذلك ولا ينبغى اختلاط التهاب العقد العنقية وتقيحها المذكور بالتهاب النكفة الذى يحصل احيانا فى سير القرمزية سيما فى دور التفلس مثل ما يحصل فى سير التيفوس والتفويد الحيضى

وقد ذكرنا انه من المضاعفات المهمة فى التسمم بالاصل المعدى للقرمزية الالتهاب الكلوى الذى فى اى ذوى الغشاء الكاذب والامر المعلوم من ان

الاستسقاء اللحمى يحصل عادة فى دور التقشر ويكون ناشئا عن التغير المرضى للكليتين ادى الى الوقوع فى الخطأ الى ونتناهـذا والظن بان كلا من الاستسقاء اللحمى واصابة الكليتين ناشئ عن تاثير البرد الذى تعرضت له المرضى فى دور تزهر الطفح او تقشره لكن هذا الخطأ ينتفى بالكلية بما سنذكره وهو أنه فى بعض الاوبئة قد لا يحصل فى جميع الاحوال بول زلالى ولا استسقاء لحمى وفى أوبئة اخرى يكاد يفقد بالكلية واغراض الالتهاب الكلوى اللبنى مع سيره قد ذكرناه لا عند الكلام على الالتهاب الكلوى وذكرنا هنالك ان اغلب احوال هذا المرض تحصل فى دور التقشر والاستسقاء اللحمى القرمزى الذى يكون عرضا للالتهاب الكلوى الحادى كثيرا ما تشفى منه المرضى لكن بعضهم يهلك عقب ظهور التسمم البولى او غيره من الامراض التى تطرأ كالالتهاب الرئوى والبلوراوى وغير ذلك واما الاستسقاء اللحمى القرمزى الغير المتعلق بالبول الزلالى فهو مرض تابع للقرمزية غير خطر ومنهم ويظهر تدريجا وقد يصل لدرجة عظيمة جدا ويبقى فى الغالب قاصرا على المنسوج الخلوى تحت الجلد ويندر ان يمتد الى التجاويف المصلية والشفاء من هذا العارض التابع للقرمزية غير المصحوب بالبول الزلالى كما شاهدناه احيانا قد يحصل فى اقرب وقت

﴿المعالجة﴾

أما المعالجة الواقية فانها تستدعى عزل الاشخاص السليمة من المريضة ومن لامسهم وهذه الواسطة هى الوحيدة والناجحة ولذا ينبغى التمسك بها مدة تسلطن وباء القرمزية الخبيث تمسكا تاما وأما استعمال البلادونا كواسطة واقية من القرمزية بان يؤخذ من خلاصة البلادونا ١٥ سنتجرام اعنى ثلاث قمحات ومن الماء المقطر ٣٠ جراما أعنى اوقية ويعطى من هذا المحلول نقط بعدد مضاعف بالنسبة لعدد سن الطفل فهو وان اعتبر عند الاطباء الاهميوباتيين وغيرهم من الاطباء انها واسطة واقية من القرمزية الا أن التجارب قد دلت على ان استعمال هذا الجوهر ولو مع الاستمرار جملة اسابيع لا يقى من هذا المرض بالكلية ومثل ذلك يقال بالنسبة لجميع الوسائط الموصى بانها واقية من القرمزية سواء استعملت من الباطن

أو من الظاهر

وأما معالجة الحمى القرمزية الواضحة الطبيعية فهى موسسة على نفس القواعد العلاجية التى ذكرناها فى معالجة الحصبة فعلى الطبيب قبل الشروع فى اى معالجة ينبغى ان يراود نفسه هل يسوغ له احداث اضطراب فى السير الدورى المحدود لهذا المرض ام لا ويتمسك بذلك غاية التمسك ـ وينبغى فى مثل هذا الاحوال حفظ حرارة قاعة المريض فى درجة محدودة من ١٠ الى ١٢ ريومير ما أمكن ومنع تغطيته باغطية ثقيلة غير معتادة ويؤمر بتجديد هواء القاعة مع غاية الاحتراس زمنا فزمنا وأجود المشروبات التى تستعمل الماء القراح او الليمونات الحميضة الخفيفة وتعطى فى الابتداء الاغذية الخفيفة جدا كالشوربة المائية ومنقوع الخبز وبعض الاثمار المطبوخة وفى الادوار الاخيرة لهذا المرض تعطى له الامراق والالبان ونحو ذلك وعند وجود امساك يؤمر له بحقن من الماء الفاتر ولا تعطى له المسهلات اللطيفة الا عند الضرورة ومن العوائد المتبعة حفظ المرضى فى أسرتهم الى ان ينتهى دور التفلس ومن الجيد فى الواقع التمسك بهذه العادة بدون ان يغتر الطبيب بان اغلب المرضى المصابين بالقرمزية الذين لا يتمسكون بهذه العادة والاحتراس لا يعتريهم امراض أخرى بل وينبغى حفظهم من تاثير البرد بعد انتهاء دور التفلس بان تحفظ فى اودها مدة اربعة عشر يوما فى زمن النقاهة ويوصى باستعمال الحمامات الفاترة زمنا فزمنا وهذه المعالجة الانتظارية تكتفى بالكلية فى جميع احوال القرمزية الحميدة البسيطة وتفضل عن غيرها من الطرق العلاجية الدوائية والايدروباتية اى المعالجة بالماء

لكنه قد يظهر فى اثناء سير الحمى القرمزية مضاعفات تستدعى طرقا علاجية قوية اذ كثير اما تحتاج فيها الوسائط العلاجية القوية فى هذه المضاعفات بعد ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة عظيمة جدا وظهور اعراض الضعف والشلل العمومى الناشئين عن ذلك وكانت تستعمل سابقا فى مثل هذه الاحوال الجواهر المنبهة الشديدة مع النجاح احيانا بحيث يمكن تجنب وقوع الشلل الذى كان مهددا بالحصول غير ان أغلب المرضى كان يهلك بهذا

الشكل ولو مع استعمال كربونات النوشادر الذى كان يعتبر نوعيا فى القرمزية الخبيثة وفى عصرنا هذا قد دلت التجارب على ان المعالجة بالماء البارد كتغليف الجسم بملاءة مبتلة بالماء او النطولات الباردة التى مدحها سابقا الطبيب كورييه وغيره من الاطباء فى معالجة القرمزية الضعيفة او التيفوسية ناجحة جدا وكذا الحمامات الباردة وايد ذلك النجاح العظيم طريقة الايدروباتيين اذ بهذه الطريقة تعالج الحمى القرمزية مع غاية النجاح وفى الحقيقة هذه الواسطة العلاجية من الوسائط العظيمة التى اكتسبها علم المعالجة فى احوال الحميات القرمزية الخبيثة خصوصا اذا كانت بسيطة اى غير مصحوبة بتغيرات موضعية ثقيلة بل لا يمكن تعويضها بطريقة الطبيب شليمن وهو دلك الجسم فى الاسابيع الثلاثة الاول بالشحم مرتين كل يوم ومرة واحدة فى الاسبوع الرابع ولو ان هذه الطريقة تحدث بعض راحة عند المرضى ولا يمكننا بت الحكم فان كان صب الماء البارد على الجسم لحوض أفضل من تغليفه اى لفه بملاآت مبتلة أم لا وعلى كل حال فكلا هاتين الطريقتين ينتج عنه تناقص عظيم فى درجة حرارة الجسم فيلزم اعادة استعمال احداهما كلما ارتقت حرارة الجسم الى درجة عظمى ثانيا وظهرت اعراض الضعف وينبغى تكرار لف الجسم بالملاآت المبتلة من ثلاث مرات الى ستة فى كل عشر دقائق او ربع ساعة ثم يوضع المريض على فراشه مع الراحة الى ان يحتاج الحال لتكرار هذه العملية ثانيا وفى اوربا يندر ان يجد الطبيب من يمنعه من العوام فى الطب العملى ممانعة عظيمة فانهم علموا نجاح طريقة معالجة القرمزية بالماء البارد من الاطبا الايدروباتيين

﴿تنبيه﴾ لا يكاد الطبيب فى بلادنا يجرى هذه الطريقة بسهولة عند العوام لعدم معرفتهم بالنتيجة الايدروباتية المذكورة سيما وقد تسلطن على عقولهم ان تاثير البرد او الغسل بالماء البارد او ما اشبه ذلك مضر جدا فى الامراض الطفحية على العموم لا سيما فى الحصبة والقرمزية وما ماثلها فان وجد احيانا الطبيب ممانعة فى ذلك من العوام أو لم يتيسر له ذلك وجب عليه ان يوصى باستعمال سلفات الكينا او حمض الصوفصافيك او صفصفات الصودا بمقدار عظيم مناسب لسن المريض بل يجوز استعمال هذه الجواهر الدوائية مع المعالجة بالماء البارد متى كانت درجة الحرارة مرتقية الى درجة

عظيمة

عظيمه وفي الاحوال الخبيثة الضعيفة التي فيها لاتنجح الوسائط المذكورة اخيرا لامانع من استعمال المنبهات القوية لاجل مقاومة الشلل المهدد بالحصول وذلك كـكربونات النوشادر والكافور والمسك ولاسيما النبيذ بمقدار مناسب

واعراض الذبحة الخبيثة لايمكن منع تقدمها بواسطة الاستفراغات الدموية والوضعيات الباردة الموضعية انما استعمال قطع صغيرة من الجليد يتركها المريض تذوب في فمه له تاثير جيد في مثل هذا المرض كما يحصل ذلك في غير هذا الشكل من الالتهابات الحلقية الشديدة بعد انقذاف الخشكريشة وظهور القروح الغير الجيدة اللون ينبغي استعمال معالجة موضعية قوية جدا فيمس الحلق بمحلول مركز من نترات الفضة كل يوم (درهم منه على اوقيتين من الماء اعني اربعين ديسي جراما على ستين جراما من الماء) ويغمس في هذا المحلول اسفنجة مثبتة على قضيب مرن من شنب الفيطس وينبغي كذلك حقن باطن الانف بمحلول خفيف من نترات الفضة (خمس قمحات الى عشرة على اوقيتين من الماء اى ٣ ديسي جرام الى ستة على ستين جراما من الماء تقريبا) فانه قد يشاهد من هذه المعالجة نجاح عظيم بحيث ان بعض الاطفال المتقدمين في السن يقبلون هذه المعالجة الثقيلة من نفسهم ويرغبون في استعمالها بدون تكره ولا اجبار لما يحصل لهم من الراحة الواضحة ـ والذبحة الخبيثة الكيفية اعني السعال الديكي متى صاحبت الذبحة الحلقية الخبيثة تستدعي استعمال المقيئات ومس فوهة المزمار بمحلول نترات الفضة

وأما التهاب العقد الليمفاوية العنقية وارتشاحها في والمنسوج الخلوي العنقي المحيط بها فليس لنا قدرة عظيمة على تحليلها فان كلا من الاستفراغات الدموية الموضعية وتأثير البرد والوسائط المنبهة والمحللة والضمادات ليس له تأثير في تحليل هذا الورم الصلب الغير المؤلم المغطى بجلد سليم تبعا لتجاربنا وانما متى اتضح في هذا الورم تقيح فيما بعد واحمر الجلد المغطى له جاز استعمال الضمادات الفاترة ـ ومتى اتضح التموج وجب استفراغ القيح لاجل تجنب حصول موت المنسوج الخلوي والاجراء

المرتشحة عقب ضغط الصديد عليها ــ واما معالجة الالتهاب الكلوى الليفى فقد سبق الكلام عليه عند شرح أمراض الكلية وكذا معالجة الاستسقاء الحمى القرمزى فقد تقدمت هنالك واما معالجة الاستسقاء الحمى البسيط القرمزى اى الغير المصحوب ببول زلالى فيكفى فى شفائه تبعا للتجارب بنا المعالجة المعرقة اعنى اعطاء الجواهر المعرقة من الباطن واستعمال الحمامات البخارية من الظاهر

(المبحث الثالث)

(فى الوردية)

الطفح الوردى واقع فيه اشتباه عظيم الى وقتنا هذا واختلف فيه الاطباء اختلافا عظيما فقال بعضهم لاسيما الشهير هبر ان الوردية لا توجد كمرض قائم بنفسه بل زعم انها تكون احيانا اشكالا خفيفة من الحصبة بدون الاعراض النزلية او تكون مصحوبة باشكال خفيفة منها او انها اشكال خفيفة من الطفح القرمزى أو اشكال من الانجرية والاطباء التابعون لمذهب شونلين يعتبرون الوردية شكلا متوسطا بين الحصبة والقرمزية فيعنون بالوردية القرمزية نوع الحمى القرمزية التى فيها يكون الطفح مشابهة عظيمة بالطفح الحصبى بخلاف الحمى الشديدة والاصابة الحلقية والاستسقاء الحمى التابعى فانها تكون كما فى القرمزيه واما الورديه الحصبيه فتعتبر شكلا من الحصبة فيه يكون الطفح مختلطا شبيها بطفح القرمزيه بخلاف الاصابه المرضية لغشاء المخاطى للقناة الهوائية فان ذلك يدل على الطبيعه الحصبيه للمرض وقد تسمى الورديه فى بعض جهات اوربا بالحصبه وبالجملة فكثير من الاطباء لاسيما فى العصر المستجد من يعتبر الوردية مرضا تسمميا نوعيا قائما بنفسه لاسيما المعلم توماس فانه ارتكانا على مشاهداته فى الاوبئة الاخيرة تحقق له نوعية هذا المرض وانفراده فالورديه تكون طبقا لهذه الاعتبارات استعدية مرضا وبائيا نادر الحصول له مشابهة عظيمه بالحصبة ولذا ان اوبئته كانت تختلط باوبئة هذا المرض الاخير ومع ذلك فالورديه مرض أخف من الحصبة بل هو أخف جميع الامراض الحمية الطفحية الحادة وظواهرها وان كانت تشابه الحصبه مشابهة تامة

بالنسبة لادوار المرض والتغيرات التى تشاهد فى الجلد والأغشية المخاطية الا ان اعراضها تظهر بشدة خفيفة عما فى الحصبة وكذا مدتها قصيرة وحركتها الحمية تكون خفيفة يومية بحيث ان كثيرا من المرضى لا يلتجئ للمكث فى الفراش والاطباء القائلون بان الوردية مرض نوعى قائم بنفسه وان لم ينكران مشاهدة هذا المرض الوضعى فى حالة منفردة لا يمكن بها تمييزه عن الحصبة يسهل لهم اجراء التشخيص مع الدقة عند تسلطن هذا المرض تسلطنا وبائيا فان جميع الاحوال تكون ذات وصف خفيف مالم تكن الحصبه متسلطنة فى آن واحد وزيادة على ذلك ان الاطفال التى نجت من الحصبة لا تكون مصانة عن الاصابة بالوردية ولذا كان من الجائز ان كثيرا من المشاهدات يقضى بان بعض الاطفال قد تصاب بالحصبة مرتين متعاقبتين مبنى على خطأ وعدم تمييز الحصبة عن الوردية اللتين كثيرا ما يتسلطنان مع بعضهما اواحداهما بعد الاخرى

وانذار الوردية جيد جدا ومعالجتها شبيهة بمعالجة الاحوال الخفيفة من الحصبه

(المبحث الرابع)
(فى الجدرى)
(كيفية الظهور والاسباب)

الجدرى مرض لا يسرى الا بواسطة العدوى واقل ما هنالك ان انتشاره بكيفية أخرى وظهور السم الجدرى ظهورا ذاتيا اى اوليا امر مشكوك فيه للغاية فان اتيان العدوى من شخص الى آخر ثبت فى جميع الاحوال التى فيها يسهل البحث عن ذلك والسم الجدرى الذى ليس معلوما لنا الا بخواصه يوجد فى متحصل البشرة الجدرية وفى تصاعدات المرضى ويؤيد ذلك نجاح التلقيح بواسطة متحصل البشرة من جهه ومن جهة أخرى العدوى التى تكاد تحصل فى غالب الاحوال بدون ملامسة المرضى المصابين بالجدرى مباشرة واقوى تأثير السم الجدرى يكون فى الزمن الذى يكون فيه متحصل البشرة الصافى يبتدئ فى التكدر ويظهر ان السم الجدرى ليس منحصرا فى دم المرضى المصابين بالجدرى ولا فى افرازاتهم

وذلك لان التلقيح بتلك السوائل لم ينجح ثم ان هذا السم ثابت مستعص فلا يتفسد بالتجفيف ويتشبث بمواد كثيرة توجد فى الهواء المحيط بالمرضى المصابين بهذا الداء ويستمر سنين عديدة مادام محفوظا عن الهواء المطلق ولا يوجد الاسم جدرى واحد عنه تنشأ الاشكال الثقيلة وهو الجدرى والاشكال الخفيفة منه وهو الجديرى فان حصل لشخص عدوى من شخص آخر مصاب بالجديرى امكن ان يظهر عنده الجدرى الحقيقى باقوى شدته وبالعكس ثم ان اختلاف تاثير اسم الجدرى وبعبارة أخرى اختلاف شدة الظواهر المرضية يظهر انه ناشئ عن كثرة استعداد الشخص المعرض للعدوى بالجدرى او قلته فان الاستعداد الشخصى يختلف باختلاف الاشخاص والازمنة ففى الاعصر المتقدمة كانت توجد اشخاص لم يكن عندهم ادنى استعداد للاصابة بالجدرى فكانت تتعرض له ولا تصاب به واشخاص أخرى كان يوجد عندهم استعداد قليل جدا بحيث لا يصابون الا بالاشكال الخفيفة منه أعنى الجديرى وغيرهم يوجد عندهم استعداد عظيم جدا وهو الاغلب لقبول السم الجدرى والتأثر منه فيصابون بالاشكال الثقيلة منه أعنى الجدرى الحقيقى ثم ان الاستعداد للاصابة بهذا الداء الذى يصيب جميع الاشخاص سليمه ومرضى صغيرة فى السن او كبيرة (بل والجنين فى بطن امه) ذكورا ونساء يكاد ينطفئ بدون استثناء بعد اول اصابة بالجدرى مدة الحياة ومثل ذلك فى التأثير بالنسبة للاستعداد فى الاصابة بالجدرى الطبيعى يقال كذلك فى التلقيح الصناعى اعنى احداث الجدرى البقرى بالصناعة اذ بذلك كثيرا ما ينطفئ الاستعداد للاصابة بالجدرى الحقيقى مدة الحياة وعند اشخاص اخرى قد يعود هذا الاستعداد ثانيا بعد بعض سنين الا انه يندر ان يصل الى درجة عظيمة جدا بحيث ان مثل هؤلاء الاشخاص متى تعرضت للعدوى بالسم الجدرى تصاب بالاشكال الثقيلة من هذا المرض وحيث ان اغلب الاشخاص الآن يلقح لها الجدرى البقرى فى سن الطفولية يتضح بسهولة قلة عدد الاصابات جدا بالجدرى الحقيقى كما كان يشاهد فى الزمن السابق قبل اختراع التلقيح بالجدرى البقرى وكان الاستعداد للاصابة بالجدرى

الطبيعي الذي يعود بعد التلقيح بالجدري البقري يندر ان يرتقي الى درجة عظيمة يتضح ايضا ان اوبية الجدري التي تحصل في زمننا هذا تكون خفيفة (اعني جديريا) وتغلب على الاشكال الثقيلة من هذا المرض أعني الجدري الحقيقي بخلاف ما كان يحصل في الزمن السابق فان الاشكال الثقيلة من هذا المرض كانت اكثر حصولا جدا من اشكاله الخفيفة - ثم ان تاثير السم الجدري او الاستعداد للاصابة به قد يرتقي ارتقاء عظيما في بعض الازمنة وفي بعض المحال بدون اسباب معلومة فتنشأ او بية جدرية وهذا الوباء يحصل عادة في فصل الصيف وقد يحصل في فصول اخرى وزمن هذه الاوبية يختلف ويتصف تارة بالخبث وتارة بالجودة بحيث يكون سيره جيدا وليس لنا قدرة على توجيه هذه الاختلافات

﴿الصفات التشريحية﴾

التغيرات التشريحية التي تظهر في الجلد بعد تسمم الجسم بالسم الجدري هي عبارة عن التهاب جلدي سطحي له ميل عظيم للتقيح وفي الاشكال الخفيفة من هذا المرض يتكون القيح من اخيلة شبكة ملبيجي فقط واما في اشكاله الثقيلة فان هذا التغير يمتد الى جوهر الجلد فيهتكه ويخف ذلك بفقد جوهر على هيئة ندبة القدامية وفي هذه الحالة الاخيرة يخلف هذا المرض اثر واضح على الجلد وهي الاثر الجدرية ويظهر ان الاوبية الخبيثة التي حصلت في الزمن الاخير في المانيا لم يحصل فيها تهتكات غائرة في الجلد بكثرة كما كان يحصل ذلك في الاوبية السابقة

ثم ان الالتهاب الجلدي الجدري يبتدئ باحتقان محدود في الجلد يمتد الى جميع سمكه حتى يصل الى المنسوج الخلوي تحته - وبعد قليل من الزمن يصير هذا الاحتقان محدودا بحيث يكون حلمات سطحية صلبة وان امتد التغير فيها (وذلك لا يحصل في جميع البثرات الجدرية) ارتفعت الطبقة البشرية من الجلد على هيئة حويصلة ممتلئة بنضح التهابي ومتحصل هذه الحويصلات الذي يكون في الابتداء صافيا يتعكر بعد قليل باختلاطه بالجسيمات القيحية وبتكوين اخلية جديدة من الشبكة الملبيجية وبذلك تتحول الحويصلات الى بثرات ويوجد في البثرات الجدرية زيادة عن النضح

السائل المختلط بالجسيمات القيحيه وبالاخلية المتنفخة لشبكة ملبيجى المكونة حول دائرة البثرة الجدرية حوية ثخينة مستديرة جوهر ذو هالات رقيق جدا ناشئ عن الاخلية القديمة لشبكة ملبيجى المضغطة بواسطة النضح وعن الاخلية المركزية للامتدادات البشرية الممتدة بين الحلمات الجلدية وهذا الجوهر يمتد فى الجزء المتوسط من البثرة الجدرية ويكسبها التركيب الخلوى أى ذا الهالات ثم ان لم يمتد الالتهاب الجدرى الى الحلمات الجلدية حصل فيها تفرطح من ضغط البثرة الجدرية عليها وفى مثل هذه الاحوال تجف البثرات الجدرية بسرعة ثم يتكون تحت القشرة طبقة بشرية جديدة ومتى تم تكوينها سقطت القشرة واحيانا قد يبقى فى محل هذه البثرة انبعاج خفيف جدا اذا لم يعد تفرطح الحلمة ثانيا وينعكس ذلك اذا امتد الالتهاب للحلمات الجلدية وحصل فيها انضج قيحى وتلاشت تبعا لذلك فانه فى مثل هذه الاحوال يستحيل متحصل البثرة الجدرية الى مادة صديدية سميكة باختلاطه بالاخلية القيحيه التى تزداد شيأ فشيأ وبالاجزاء المتلاشية من الحلمات نفسها وكذا امتلاء البثرات الجدرية وتوترها يزداد بحيث ان الانبعاج المركزى السطحى الذى يشاهد فى كثير من البثرات الجدرية الغير واضح الحصول الى الآن (المسمى بالسرة الجدرية) يزول ايضا والبثرات الجدرية قد ينفجر بعضها فيسيل متحصلها وقد يجف البعض الآخر وحينئذ يتكون فيها قشرة وذلك لان الجزء المركزى هو الذى يجف ابتداء والقشرة المتكونة تسقط فيما بعد فيخلفها أثرة ندبية منبعجة يوجد فى قاعها فوهات الاجربة العديمة الشعر المتمددة

ثم ان كلا من اختلاف انتشار الجدرى وشكله ادى لتنوعه الى أنواع على حسب كونه يوجد بين البثرات الجدرية مسافات سليمة من الجلد فتبقى منعزلة عن بعضها او يلامس بعضها بعضا بحوافيها او تختلط ببعضها مكونة لحويصلات عمومية وبذلك يتميز الجدرى الى جدرى متفرق ومتقارب ومختلط - والجدرى الذى يبقى واقفا فى الدور الاول بحيث لا تستحيل الحلمة المفرطحة فيه الى بثرة صغيرة يسمى بالجدرى الحلمى وأما

الجدري اللينفاوي أو المصلي فهو عبارة عن بثرات جدرية لا يصير متحصلها مصفراً قيحياً بل يكون على هيئة سائل قليل التعكر — وأما الجدري الاسود فهو الذي يصير متحصله كثير الاحمرار او قليله أو مسوداً بسبب اختلاطه بقليل من الدم واما الجدري الهوائي او الانفيزيماوي فهو عبارة عن شكل يتمص متحصله وتبقى البثرة على هيئة غلاف فارغ — والجدري الغنغريني عبارة عن الجدري المصحوب بغنغرينا في الجلد وسيلان مادة صديدية كريهة الرائحة

وعند تشريح الهالكين بالجدري وان كان لا يوجد طفح جدري في الاغشية المخاطية يوجد فيها اثر تغيرات التهابية مع نضح دموي وقد وجد في كل من الكبد والكليتين والجوهر العضلي من القلب وغيره من الاعضاء العضلية استحالات شحمية ممتدة

﴿الاعراض والسير﴾

لا يوجد في دور التفريخ للاشكال الخفيفة من هذا المرض بل ولا الثقيلة منه ظواهر مرضية فانه عقب تلقيح الجدري وان ظهر بعض تغيرات في محل التلقيح في اليوم الثالث الا ان الحالة العامة للمريض تبقى غير مضطربة ولا يظهر عنده ادنى علامة تدل على انتشار السم الجدري حتى ينتهي تكون البثرة الجدرية الملقحة في اليوم التاسع وبذلك ينتهي دور التفريخ وحينئذ تظهر حمى الطفح يعقبها ظهور بثرات جدرية على باقي اجزاء الجسم وغيرها من علامات التسمم الجدري العمومي ومدة تفريخ الجدري الذي لم يكن ملقحا تستمر من اثني عشر يوما الى ثلاثة عشر تبعا لمشاهدات برنسنبرغ وصمسن وسنتكلم ابتداء على اعراض الاشكال الثقيلة وصحبها من الجدري الحقيقي ثم على اشكاله الخفيفة وهو الجديري فنقول

اما الدور الاول من الجدري وهو دور الهجوم فانه يبتدئ بقشعريرة او بجملة قشعريرات متكررة يعقبها الاحساس بحرارة مستمرة في الجسم ويصير النبض قويا سريعا وترتفع حرارة الجسم الى درجة عظيمة بحيث تصل الى درجة ٤١ او ٤٢ مئينية ويحمر الوجه وتقوى ضربات الشرايين السباتية ويحصل عطش شديد للمريض وفقد في الشهية ويشتكي بألم شديد في الراس

ودوار وضعف عظيم واحساس بتكسر فى الاطراف وضغط وضيق فى القسم الشراسيفى ويكون اللسان مغطى وطعم الفم عجينيا وكثيرا ما يحصل غثيان اوقيء واحيانا رعاف شديد ويكون النوم مضطربا متقطعا باحلام مزعجة وبعض المرضى يقع فى الهذيان ولا يندر ان يشاهد عند الاطفال تقلصات عضلية جزئيه وصكيك فى الاسنان او تقع فى حالة تنعس بتقطع رمنا فزمنا نوب تشنجات عامه وهذه الحمى الشديدة والاضطراب العام الثقيل جدا وان لم يصطحبا بتغيرات خاصة فى الاغشيه المخاطيه بحيث يستدل منها على نوع المرض التمعى الموجود كما يحصل ذلك فى الحصبة او القرمزية الا انه ينضم لهذه الظواهر آلام شديدة جدا فى القطن والظهر بحيث يمكن بذلك الحكم على تشخيص الجدرى ولو تقريبيا لاسيما عند وجود احوال جدرية منتشرة بقرب محل المريض والى الان لم يحكم بالقطع ان كانت هذه الآلام القطنية الظهرية الواصفة لدور الهجوم من الجدرى ناشئة عن الضغط الذى يعترى الاعصاب الشوكية عند خروجها من القناة الفقرية بسبب تمدد الضفيرة الوريدية المحتقنة او ناشئة عن احتقان الكليتين العظيم الذى قال به الطبيب يسير وكل من الحمى والاضطراب العمومى المصاحب لها يرتقى فى اليوم الثانى والثالث الى درجة عظيمة مع انحطاط قليل صباحا وتشتد حتى تصل فى مساء اليوم الثالث الى أعلى الدرجات وبالجملة فان شدة ظواهر الهجوم تكون على حسب نسبة انتشار الطفح التابع لها وان كلا من الحمى الشديدة والاضطراب العمومى الثقيل يعقبه جدرى مختلط ومع ذلك فهذه النسبة ليست دائمة فان فى بعض الاحوال قد يعقب دور الهجوم الثقيل طفح جدرى خفيف كما انه فى احوال قد يعقب دور الهجوم الخفيف طفح جدرى مختلط ويندر ان تشاهد اختلافات فى مدة دور الهجوم واندر من ذلك جدا الاحوال التى فيها يفقد هذا الدور بالكلية ويكون ابتداء المرض بالطفح الجدرى نفسه

ويكاد يظهر على الدوام فى اثناء الثور الثالث من الحركة الحمية اول حلة جدريه وبذلك يبتدئ الدور الثانى وهو دور الطفح فيشاهد فى الوجه

ظهور نقط محمرة تبتدئ فى الجبهة وحول الفم والاعين وتمتد من هذه الاصقاع
بسرعة الى باقى اجزاء الوجه وان كان الطفح غزيرا شوهدت هذه النقط
المحمرة قريبة فتختلط ببعضها فى بعض الاجزاء مثل النكت الحصبية فينشأ
عن اختلاطها احمرار مستو فى الوجه وانتفاخ محبب فيه وان كان الطفح
متفرقا كانت الحلمات بعيدة عن بعضها ومنفصلة بمحلات سليمة من الجلد
كثيرة الاتساع أو قليلته وفى اليوم الثانى يمتد الطفح من الوجه الى العنق
والصدر والظهر وفى اليوم الثالث يمتد الى الاطراف وعدد الحلمات فى
الجزع والاطراف يكون أقل منه فى الوجه بحيث ان الطفح الجدرى وان كان
مختلطا فى الوجه يكون متفرقا فى الجزع والاطراف أو غاية ما هنالك يكون
متقاربا ومن هذه النكت الدقيقة تنشأ حلمات هرمية منقطعة القمة
تستحيل فى اليوم الثانى أو الثالث الى حويصلات ثم الى بثرات فى اليوم الرابع
والخامس بان يصير متحصلها متعكرا قيحيا وكما ان الطفح الجدرى يتأخر
حصوله فى الاطراف كذلك نضجه يتأخر هنا أيضا فتستحيل حلمات الوجه
الى حويصلات بل ان متحصلها يبتدى فى التعكر فى أثناء ما تبتدئ الحلمات
الاولية الجدرية فى الاطراف وتظهر - والطفح الجدرى يظهر فى آن واحد
فى الاغشية المخاطية كما يظهر على الجلد غير أنه لا يلتفت لها الا فيما بعد فانه
فى الابتداء لا يظهر لها اعراض ثقيلة والطفح الجدرى فى الفم ينشأ عنه تلعب
وعسر فى الازدراد ان كان مجلسه البلعوم وأما الطفح الجدرى الذى مجلسه
المسالك الهوائية فينشأ عنه بحة الصوت والسعال والذى مجلسه الملتحمة ينشأ
عنه تدمع وفزع من الضوء - ثم ان كلا من الحمى وألم القطن والظهر الشديد
جدا وباقى الاضطرابات العامة الثقيلة التى ترتقى الى اشد درجتها نحو انتهاء
دور الهجوم تنحط على الدوام عند ظهور الطفح ويزداد انحطاطها شيأ فشيأ
فى أثناء انتشار الطفح على الجزع والاطراف انحطاطا تدريجيا بحيث تزول
بالكلية نحو انتهاء دور الطفح ولذا تكون المرضى فى حالة انتعاش وتظن ان
ثقل المرض قد مضى - وفى أحوال الجدرى المختلط يكون سير دور الطفح
عادة قصيرا والطفح ينتشر بسرعة على جميع سطح الجسم ومتحصل البثرات
يتقيح بسرعة والوجه يظهر عقب اختلاط البثرات ببعضها كانه مغطى

بفقاعة ممتلئة بالقيح وكذا اصابات الاغشية المخاطية التى لاينتج عنها اعراض ثقيلة فى الجدرى المتفرق فى هذا الدور ينتج عنها عكس ذلك فى هذا الزمن ظواهر مرضية ثقيلة جدا كالتلعب الشديد وعسر الازدراد العظيم والسعال المشابه للسعال الديكى والفزع العظيم من الضوء وتعسر التبول المصحوب بآلام شديدة جدا فى الاعضاء التناسلية الظاهرة - والحمى الشديدة والاضطرابات العامة الثقيلة تنحط كذلك فى دور طفح الجدرى المختلط لكن انحطاطهما يكون قليلا فان الحمى لاتزول بالكلية كما فى الجدرى المتفرق ولا يظهر فى انتهاء هذا الدور حالة انتعاش وراحة مثل ما فى الجدرى المتفرق

وأما الدور الثالث أعنى دور التقيح أو دور النضج فانه يبتدئ فى اليوم السادس بعد ابتداء ظهور الطفح وفى اليوم التاسع من ظهور الاعراض الحمية الابتدائية فالبثرات الجدرية يعظم حجمها وتحدب من الاعلى فتكتسب شكلا نصف كرى وعند وخزها يسيل متحصلها المتكون من قيح كثيف دفعة واحدة وذلك لان الحواجز الكائنة فى باطنها التى لاتمنع الا بسيلان جزء من متحصل البثرات الجدرية عند وخزها تكون قد زالت والجلد فى محيط البثرة الجدرية ينتفخ انتفاخا عظيما ويكتسب لونا أحمر داكنا مكونا لهالة مختلطة بالهالة التى بجوارها ولو فى الجدرى المتفرق وكل من الاحمرار والانتفاخ يصير منتشرا فتكون المرضى فى حالة مفزعة وتشكى بآلام شديدة توترية أو نابضة فى الجلد المغطى بحويصلات قيحية ذات لمعان وكثيرا ما تتمزق البثرات الجدرية فينسكب متحصلها على سطح الجلد ثم يستحيل الى قشور مصفرة فى الابتداء ثم مسمرة فيما بعد والبثرات الجدرية الكائنة على الجزع والاطراف لاتعتريها هذه التغيرات الا بعد يوم أو يومين متأخرة عن البثرات التى فى الوجه - وينضم لكل من الآلام والمشاق الناشئة عن الالتهاب الجلدى الشديد فى دور التقيح ظواهر مرضية متعبة جدا من جهة الاغشية المخاطية المغطاة بالطفح الجدرى فيسيل اللعاب من الفم بدون انقطاع ويتعذر الازدراد وتنسد طاقتا الانف وينطفئ الصوت ويصير السعال متعبا للغاية ذا صوت أبح ويحصل حرقان عظيم وفزع من الضوء ولو الخفيف

فى الاعين المغطاة بمادة مخاطية قيحية وكل من الآلام المحرقة الثورتية فى الاعضاء التناسلية الظاهرة وعسر البول يصل فيما بعد الى أشد درجة ارتقائه فان الطفح الجدرى يمتد متأخرا الى الفرج والمهبل وقناة مجرى البول بحيث ان هذه الظواهر تظهر بعد انحطاط كل من التلعب وعسر الازدراد وظواهر الالتهاب الحنجرى — والحمى التى تكون قد تلطفت مدة دور الطفح أو زالت بالكلية تثور فى دور التقيح أو ترجع بنوب قشعريرات متكررة وحمى دور النضج تسمى بالحمى التابعية أو بحمى التقيح والذى يظهر فى الحقيقة ان هذه الحمى التابعية ليست ناشئة عن التسمم الجدرى بل عن الالتهاب الجلدى الجدرى فكلما كان هذا الالتهاب شديدا كانت هذه الحمى أشد درجة فعند ارتقائه الى اشد درجته ترتقى الحمى كذلك الى اشد درجتها كما ان تناقص الاحمرار والانتفاخ الجلديين وزوالهما يصطحبان بتناقص الحمى التقيحية وزوالها أيضا — وقد تكون حمى التقيح عند كثير من المرضى المصابين بالجدرى شديدة الخطر وذلك لان حرارة الجسم فيها ترتقى الى درجة عظمى بحيث تظهر ظواهر الضعف والانحطاط العظيمين ويعقب ذلك شلل عمومى مهلك (وهذا ما يسمى بالجدرى الضعفى أو العصبى أو التيفوسى) وقد ينضم لاعراض الضعف فى مثل هذه الاحوال اعراض سوء القنية الدموى الحاد كما بينا ذلك عند شرح الحصبة والقرمزية الضعفيين فيصير متحصل البثرة الجدرية دمويا وتظهر لطخ كدمية بين البثرات وبعضها وينضم لذلك انزفة غزيرة من الانف أو نفث دموى أو نزيف شعبى أو رحمى وهو نادر (ويسمى بالجدرى الدموى والعفن) وفى أحوال نادرة قد يرتقى التهاب الجلد الجدرى فى أثناء دور النضج عند حصول ظواهر الضعف الى حالة غنغرينة جزئية فى المنسوج الملتهب فينشأ عن ذلك غنغرينة جلدية وتمتلئ البثرات الجدرية بقيح متغير اللون ومثل هؤلاء المرضى يكاد يهلك بدون استثناء باعراض الضعف الشديد الحاصل بسرعة (وهذا ما يسمى بالجدرى الغنغرينى) وبقطع النظر عن ظواهر الضعف التى تؤدى اليها درجة الحمى الشديدة وظهور سوء القنية الدموى أو الغنغرينة الجلدية التى بها يتقدم حصول الشلل والهلاك فان دور نضج الجدرى يهدد أيضا حياة

المريض بسبب المضاعفات الكثيرة التى تعقب الجدرى فى الاغشية المصلية وبعض الاعضاء الحشوية وبسبب ارتقاء اصابات الاغشية المخاطية الى درجة الالتهابات الليفية والدفتيرية ففى كثير من الاحوال يدل عسر التنفس وألم الجنب والسعال المؤلم والنفث المدمم والعلامات الطبيعية لتكاثف الرئتين على طرو الالتهاب الرئوى وفى أحوال أخرى قد ينضم لاعراض دور نضج الجدرى ظواهر الالتهاب البلوراوى المحسوسة للمريض والمدركة للطبيب وفى أحوال أخرى قد تتغير حالة المرضى تغيرا مختلفا بظهور اعراض الالتهابات التقيحية فى المفاصل أوفى سمحاق العظام أو الخراجات تحت الجلد أو بين العضلات أو التهاب العقد الليمفاوية وتقيحها أو تقيح الاعين الذى كثيرا ما يبتدئ بخراج الخزانة المقدمة أو باعراض الالتهاب التاموري أو الصفاقى أو التسمم القيحى الناشئ عن انتشار القيح ثم ان الجدرى المختلط هو الذى فى دور نضجه تكتسب الحمى صفة الضعف وتحصل فيه اصابات موضعية خطرة فى الاعضاء الباطنة فان الطفح الجدرى فى الشكل المختلط من هذا المرض سيما فى دور نضجه كثيرا ما يتضاعف بالتهاب حنجرى ذى غشاء كاذب أو بأوذيما المزمار ولذا ان الجدرى المختلط يعتبر شكلا خبيثا من هذا المرض بحيث يؤدى لفظ جدرى مختلط وجدرى خبيث الى معنى واحد

وأما الدور الرابع أعنى دور الجفاف فانه يبتدئ فى اليوم الحادى عشر أو الثانى عشر فينفجر جزء من البثور الجدرية الباقية على حالتها وينسكب متحصلها ويجف على هيئة قشور رخوة مصفرة تصير فيما بعد صلبة مسمرة وبقية البثور يفقد توتره العظيم وتكتسب فى الوسط لونا مسمرا ثم تجف وتهبط و يكتسب فيما بعد كل من متحصل البثرة الجدرية وغلافها هيئة خشكريشة مستديرة وكلما امتد تكون القشور بهتت الاجزاء المحيطة بالبثرة الجدرية وزال انتفاخها وتعود المرضى الى هيئتها الاصلية وتزول الآلام التوترية للجلد و يحل محلها اكلان متعب بحيث لا يمكن المرضى الامتناع عن الاحتكاك بقوة وفى هذا الدور يتضح بالكلية ان البثور الجدرية المنتشرة على الاطراف يكون حصولها متأخرا عن التى فى

الوجه فانه فى هذا الزمن الذى فيه يبتدئ زوال التوتر الجلدى المؤلم للوجه وتغيير هيئته أو يكون قد زال بالكلية تشتكى المرضى بآلام شديدة غير مطاقة فى اصابع اليدين والقدمين المنتفخة انتفاخا عظيما وسقوط الخشكريشة يحصل بكيفية غير منتظمة فالمحلات التى فيها لم يحصل تقرح فى الجلد لا تبقى الخشكريشات فيها زيادة عن ثلاثة أيام الى أربعة وأما المحال التى حصل فيها تقرح عميق فى الجلد فتبقى القشور متشبثة بها زمنا طويلا وحيث ان التقيح يمتد فى العمق تكتسب هذه القشور سمكة عظيمة وتصير قرنية وبعد سقوط القشور السريع تبقى محلات الجلد التى سقطت منها منتفخة قليلا ثم يبهت لونها شيأ فشيأ وتتسطح ولا يبقى للجدرى أثر أو يخلفه انبعاجات قليلة وأما فى المحلات التى بقيت فيها القشور متشبثة زمنا طويلا فانه يخلف سقوطها ندب التحامية عميقة ذات حواف مشرذمة وقاع منقط غير منتظم وهذه الندب الالتحامية تكون فى الابتداء محمرة ثم تكتسب فيما بعد لونا مبيضا واضحا يستمر طول الحياة ومع انتقاع لون الجلد وزوال انتفاخه تزول الظواهر المرضية التى نشأت عن الطفح الجدرى المنتشر على سطح الاغشية المخاطية فيزول كل من التلعب وعسر الازدراد وبحة الصوت والسعال والفزع من الضوء وعسر التبول

وفى ابتداء دور الجفاف تكون الحمى مستمرة قليلا (وهى حمى الجفاف) لكن كلما امتد تكوّن القشور تناقصت الحمى وصار النبض هاديا وتغطى الجلد بقليل من العرق وحصل راسب فى البول وعادت الحالة العامة الى حالتها الطبيعية - وفى أحوال الجدرى المختلط الذى يمتد فى الاتساع والغور بحيث يحدث تمددا عظيما فى الجلد يتكون فى دور الجفاف قشور مسمرة سميكة تغطى الجلد كتغطيته ببرقع سميك وقد تنشأ احيانا تشققات عميقة فى هذه القشور من استمرار التقيح اسفلها فيسيل منها القيح زمنا فزمنا ثم تسقط فيما بعد هذه القشور ولا يخلف ذلك أثرندبية مستديرة كما فى الجدرى المتفرق بل يخلفها فقد جوهر فى الجلد ممتد غير منتظم وفى مثل هذه الاحوال كثيرا ما تتكون ندب التحامية تنكمش انكماشا عظيما كما يحصل ذلك عقب حرق الجلد فيحدث عنه أثر ندبية واشرطة لحمية ينشأ عنها تشوه فى الاعضاء

عظيم وتغير فى سحنة المريض وذلك كالشطرة الخارجة وتحول زاوية الفم ونحو ذلك من التشوهات التى بها يصير الوجه الذى كان حسن الصورة قبيحا - ويتأخر زوال كل من التلعب وبحة الصوت والسعال وباقى اضطرابات الاغشية المخاطية الناتجة عن التسمم الجدرى كما ان الاضطرابات الغذائية الثقيلة كالاعضاء المهمة يتأخر سيرها أيضا فى دور نضج الطفح الجدرى المختلط فكثيرا ما يتكون فى هذا الزمن خراجات عظيمة تحت الجلد وبين الاضلاع وأورام ثقلية عديدة وغير ذلك من التغيرات الموضعية ولاسيما التسمم القيحى - وتبعا لذلك كثيرا ما تكون حمى الجفاف فى الجدرى المختلط شديدة مستطيلة المدة كما يحصل فى الجدرى المتفرق بل وفى الاحوال الجيدة قد يعقب هذا الشكل الثقيل نقاهة مستطيلة

وأما الجديرى فحيث ان اعراضه لا تتميز عن اعراض الجدرى الحقيقى الا باختلاف فى شدة الدرجة فلا نتكلم عليه الامع الاختصار فنقول - دور الهجوم الجديرى يتميز عن دور هجوم الجدرى بقلة شدة الحمى وقصر مدته ومع ذلك فقد توجد أحوال استثنائية فيها الا يعقب دور الهجوم الثقيل المستطيل جدرى حقيقى بل جديرى ومن الواصف لدور هجوم الجديرى ظهور احمرار ابريماوى فى الجلد ينشأ عنه بقع محمرة متسعة فيه شبيهة بالطفح القرمزى واضحة خصوصا فى النصف السفلى من الجسم فان هذا الاحمرار الابريماوى يندر ان يشاهد فى دور هجوم الجدرى الثقيل وهذا الطفح الابريماوى يسبق ظهور الطفح الجديرى باثنى عشرة ساعة أو أربع وعشرين وأما دور الطفح الذى يبتدئ عادة مع الثوران الثالث الحمى ففيه لا ينتشر الطفح بانتظام مثل طفح الجدرى من الوجه الى الجذع ومن الجذع الى الاطراف بل أنه يغاير هذا الترتيب فى الظهور قليلا انما يكون مقاربا له والطفح ينتهى فى هذا الشكل فى ظرف أربع وعشرين ساعة والبثرات الجدرية فى الجديرى تكون أقل عددا من الجدرى ويندران تختلط ببعضها وان اختلطت كان ذلك فى بعض نقط فقط والحلمات الجدرية استحالتها الى حالة الحويصلة تكون سريعة جدا وكذا الحويصلات تستحيل بسرعة الى بثرات وأما شكل الطفح الجديرى نفسه فلا يختلف عن شكل الطفح الجدرى والاغشية المخاطية

تصاب كذلك فى الجديرى فيحصل كل من التلعب وعسر الازدراد وبحة
الصوت والسعال ونحو ذلك كما يحصل فى الجدرى - والحمى تزول بالكلية
بعد انتهاء الطفح فى غالب الاحوال فلا يبقى عند المريض الا اضطراب عام
ناشئ عن اصابة الاغشية المخاطية - وأما دور النضج ففيه يظهر الاختلاف
المهم بين الجديرى والجدرى فانه فى هذا الدور يتضح اتضاحا عظيما ان
التهاب الجلد فى الشكل الخفيف من الجدرى أعنى الجديرى يكون سطحيا
وغائرا ممتدا فى جوهر الجلد فى الشكل الثقيل من هذا المرض أعنى الجدرى
والبثرات الجديرية وان امتلأت فى دور النضج بقيح كثيف وصارت عظيمة
الحجم واكتسبت شكلا نصف كرى وانفجرت وانسكب متحصلها نحو
الخارج الا أن الهالة المحيطة بها تبقى ضيقة ويقل انتفاخها ولذا ان كلا
من توتر الجلد والآلام فيه والتشوه لا يرتقى الى درجة الشدة فى الجديرى
التى يصل اليها فى الجدرى وبسبب قلة درجة الالتهاب الجلدى تقل شدة
درجة الحمى التابعية بل فى أحوال الطفح الجديرى القليل تفقد الحمى
بالكلية فى دور النضج منه وأما الاختلاف بين الجديرى والجدرى فى دور
النضج بالنسبة لاصابة الاغشية المخاطية فقليل فانه يوجد كل من الفزع من
الضوء وعسر الازدراد وبحة الصوت بدرجة شديدة مثل ما توجد فى الجدرى
وأما ظهور التهابات ليفية أى ذات غشاء كاذب أو دفتيرية فى الاغشية
المخاطية والاصابات الموضعية للجدرى للاعضاء الباطنة فيعد من الاحوال
الاستثنائية - وأما دور الجفاف فالعادة انه يبتدى فى اليوم الخامس أو
السادس بعد ظهور الطفح وقليل من البثرات ما يتفجر بل معظمها يجف مع
متحصله فيتكون فى مركزها بقعة مسمرة جافة يعظم اتساعها شيأ فشيأ بحيث
انها تصل الى دائرة البثرة الجديرية وحينئذ تستحيل الى خشكريشة مسمرة
وأغلب الخشكريشات يسقط فى اليوم الثالث أو الرابع ويخلف سقوطها
اجزاء محمرة بارزة من الجلد ومتحصل بعض البثرات قد لا يتكاثف ويجف بل
قد يمتص فينفصل عقب ذلك بدلا عن الخشكريشة قشرة رقيقة جافة وهذ
يشاهد بكثرة فى البثرات التى تظهر على الاطراف وكما ان بعض البثرات
الجدرية فى اثقل اشكال الجدرى يبقى فيها جوهر الجلد مصونا ولا يخلفها

ندب التحامية يوجد عكس ذلك بكثرة في الشكل الخفيف من الجديرى بثرات جديرية ينشأ عنها فقد جوهر في الجلد وتخلفها ندب التحامية كما في الجدرى الحقيقي وان نظرنا لجميع ماذكر وحصرنا الفرق بين الجديرى والجدرى بعبارة مختصرة قلنا يحصل الفرق بينهما بعدة أمور يمتاز بها الجديرى عن الجدرى الحقيقي وهي أولا قصر كل من الادوار ومدة المرض فيه ثانيا نقص درجة الحمى التابعية أو فقدها بالكلية ثالثا صون جوهر الجلد من الفساد والتهتك والشفاء بدون ندب التحامية رابعا قلة الموت به فانه في الازمنة السابقة التي فيها كانت أحوال الجدرى الحقيقي هي المتسلطنة أو تحصل بانفرادها كان يهلك نحو ثلث المرضى أو نصفهم في بعض الاوبية الجدرية وأما في هذا العصر الاخير الذي فيه يكاد لا يصاب بهذا المرض الا من كان ملقحا له وقبه بالطبيعة يتسلطن وباء الجديرى عن الجدرى فان حصول الموت قليل جدا حتى يكاد لا يهلك ممن أصيب به أربعة أو خمسة في المائة

﴿المعالجـــة﴾

أما المعالجة الواقية فانها تستدعى تلقيح الجدرى البقرى أو تكرار التلقيح به بدون التفات الى ما اعترض به بالنسبة لعملية التلقيح وذلك من اعتبار التقاويم والامور الآتية وهو أنه في القرن السابق كان يهلك عشر النوع الانسانى بالجدرى (بحيث كان يهلك في أوروبا كل سنة نحو أربعمائة ألف نفس) والعشر الثانى تعتريه تشوهات عظيمة وانه من منذ اختراع تلقيح* الجدرى البقرى تناقص الموت على العموم ولاسيما الموت بالجدرى فانه تناقص تناقصا عظيما - ثم انه في أثناء انتشار وباء الجدرى كثيرا ما تصاب أشخاص بالجدرى الحقيقي ولو كان لقح لها وكان التلقيح في حالة التزهر والنضج بحيث ان كلا من المرضين يسير مع الآخر بدون ان يؤثرا على بعضهما وهذه الاحوال تثبت ان تلقيح الجدرى البقرى في أثناء دور تفريخ الجدرى الانسانى ليس له قدرة على قطع سير الاصابة الجدرية التي تكون كامنة في دور التفريخ وان دور تفريخ الجدرى لا يزيل استعداد قبول الجدرى البقرى بواسطة التلقيح فلاجل تجنب تلقيح الاشخاص الذين يكونون في دور تفريخ الجدرى الانسانى ينبغى لكل طبيب

تلقيح

تلقيح الاشخاص المنوط بمعالجتهم أو تكرار التلقيح لهم حالاً حتى ظهر أول علامة تدل على ظهور الجدرى فى المحال المقيمة بها ثم انه فى اثناء تسلطن وباء الجدرى يصاب كثير من الاشخاص بالجدرى الطبيعى ولو لقح لهم بالجدرى البقرى وسار كل من المرضين معا بحيث لا ينوع أحدهما الآخر وهذه الاحوال تدل على ان التلقيح بالجدرى البقرى فى اثناء دور تفريخ الجدرى الطبيعى لا يطفئ ولا يقطع الاصابة الجدرية الكامنة وان دور تفريخ الجدرى الطبيعى لا يزيل الاستعداد انجاح التلقيح بالجدرى البقرى بحيث ان كلا من المعلم سكو وهلير برهن على ان قوة صيانة الجدرى البقرى عن الجدرى الانسانى لا تحصل الا بعد مضى اثنى عشر يوما أو ثلاثة عشر بعد التلقيح ومع ذلك فعلى الطبيب ان لا يترك التلقيح ولا تكراره ولو رأى له ان العدوى حصلت بالجدرى الطبيعى فان هذا الداء وان لم يمتنع حصوله بذلك الا انه يحصل به تلطيف او تنو يع فى الجدرى الطبيعى ثم ان الجدرى الطبيعى أى الانسانى الملقح به وان كان سيره عادة خفيفا وألطف من الجدرى الطبيعى الذى يحصل بطريق العدوى غير أن الاستثناآت التى شوهد فيها الجدرى الانسانى الملقح اكتسب سيرا خبيثا مهلكا صارت الآن كثيرة العدد جدا بحيث لا يمكن التلقيح بالجدرى الانسانى وصار منع التلقيح به قانونا متبعا سيما وعندنا واسطة جيدة جيدة وهو التلقيح بالجدرى البقرى وزيادة عن عملية التلقيح وتكراره يجب على كل طبيب الاحتراس التام والاهتمام بعزل المرضى المصابين بالجدرى عن الاشخاص السالمين ولو شق ذلك على المرضى وأهلها (وننبه فى مثل هذه الاحوال على ان الاشخاص المنوطين بخدمتهم ينبغى أن يكونوا قد اصيبوا بالجدرى الحقيقى من قبل أو بتلقيح الجدرى البقرى الناجح جدا)

ثم ان معالجة الجدرى الطبيعى لا تكون الا عرضية حيث ان الصناعة ليس لها وسائط علاجية فى قطع سير هذا المرض وليس فى الجواهر النوعية التى قال بها بعضهم كالاكسيلول وصبغة السراقسينا الوردية وحمض الكربوليك ادنى ثمرة

فيوصى فى دور الهجوم بتدبير صحى غذائى جيد بأن تكون قاعات المرضى

لطيفة الحرارة جدا اعنى درجتها من ١٢ الى ١٤ ريومير وغطاؤها
ليس ثقيلا جدا ومشروبها ليس من المنقوعات الحارة كالشاى بل من
الماء العذب أو الليمونيات اللطيفة ويوصى لهم بالحمية القاسية وعند وجود
اعتقال يوصى باستعمال الحقن المأخوذة من ثلاثة أجزاء من الماء وجزء
من الخل وان اضطر الطبيب لاستعمال وسائط علاجية أمر باعطاء
بعض الحوامض الملطفة وينبغى له تجنب الفصد بالكلية ولو مع وجود
احتقانات شديدة نحو الرأس وامتلاء فى النبض فيمنع من استعمال
الاستفراغات الدموية العامة بالكلية التى كانت سابقا كثيرة الاستعمال
فى الجدرى الالتهابى بل يقتصر على وضع المكمدات الباردة على الرأس
أو غسل الجسم بالماء البارد مع التكرار حسب الصناعة وينبغى تجنب
استعمال الكافور وغيره من الجواهر المنبهة التى كانت تستعمل
سابقا فى دور هجوم الجدرى ظنا بانها تحدث تواردا دمويا نحو الجلد وتعين
على ظهور الطفح وفى دور الطفح ينبغى الاجتهاد فى تجنب ظهور الطفح
الجدرى فى الملتحمة وهذه الغاية يمكن الحصول عليها حصولا تاما بالوضعيات
الباردة على المقلة أو بواسطة تكرار وضع الرفائد المغموسة فى محلول
خفيف من السليمانى (قمحة منه على ست أواق من الماء اعنى خمس
سنتجرامات منه على مائة وخمسين جراما من الماء) ولاجل تجنب التهتكات
العميقة فى الجلد وحصول ندب التحامية مشوهة يستعمل بكثرة الوضعيات
الباردة على الجلد والمركبات الزيبقية وأكثر الوسائط استعمالا لاجل
صيانة الوجه هو تغطيته بشمع زيبقى اعنى لصقه ويجوز تركه موضوعا
جملة أيام بدون تغييره وذلك بعد فعل فتحات فيه موازية للفتحات الطبيعية
فيه والمعلم اسكودا يفضل استعمال المكمدات بمحلول السليمانى
من قمحتين الى أربعة على ست أواق من الماء اعنى من واحد دسيجرام
الى اثنين على مائة وخمسين جراما من الماء ووجه تفضيل ذلك انه يقول
ان المشمعات الزيبقية ينتج عنها ارتقاء فى حرارة الجزء المغلف بها وهذا غير
جيد واما المعلم هبرا فانه يرفض استعمال كل من المشمعات الزيبقية
والمكمدات بمحلول السليمانى كما انه يرفض استعمال الكلوديوم

فى تغطية البثرات الجدرية وخزها ومسها بالحجر الجهنمى وسبب رفضه لذلك هو التجارب التى فعلها فى قسم الامراض الجدرية الخاص به حيث انه من منذ تركه لاستعمال الوسائط المذكورة لم يشاهد أن الجدرى يخلفه ندب التحامية أكثر من الزمن الذى كان يستعمل هذه الوسائط فيه وانما يستعمل الشهير المذكور الوضعيات الباردة ويفضلها عن غيرها زعما منه انها تحدث تلطيفا عظيما واسترخاء فى توتر الجلد المؤلم وأما دور النضج فينبغى فيه ملاحظة الحمى التابعية فان أعظم خطر للمريض ينشأ عن ارتقائها الى درجة فائقة الحد فمادامت حرارة الجسم لم ترتق الى درجة شديدة ينبغى تجنب الوسائط العلاجية القوية واما ان ارتقت الى درجة عظيمة جدا فاكثر الوسائط الموصى بها هو استعمال الكينين بمقدار عظيم جدا أو سالتسيلات الصودا أى صفصافات الصودا (تنبيه) يستعمل عوام مصر فى هذا الدور طريقة يسمونها بالتمليح وذلك انهم يلبسون المريض فى دور نضج الجدرى قميصا مغموسا فى محلول مركز من ملح الطعام أو يدلكونه بالزبد الممزوج بمقدار عظيم من الملح أيضا ولا بأس بذلك فقد دلتنى التجارب الاكلينكية على جودة هذه الطريقة بحيث انى اتخذتها وسيلة علاجية وذلك بان يؤخذ جزء عظيم من الملح ويحل فى الماء البارد بقدر أوقية على رطل وتغمس فيه اسفنجة ثم يغسل به جسم المريض جملة مرات مع وضع رفائد مبتلة من هذا المحلول على الاجزاء التى يخشى من فساد الجلد وتهتكه فيما عقب امتداد تقيح البثرات النضجة وذلك كالوجه فانه باستعمال هذه الطريقة شوهد سرعة جفاف الجدرى وعدم حصول عوارض خطرة كامتصاص الصديد والتقرح الممتد فى الجلد وغير ذلك بل انى شاهدت نفع هذه الطريقة عند استعمالها فى دور الطفح اذ بذلك يمتنع تقدم عدد عظيم من البثرات الجدرية ونضجها وتقيحها واما دور الجفاف ففيه يؤمر للمريض باغذية سهلة الهضم مغذية بل ويمكن ان يعطى له مقدار قليل من النبيذ فان قوى المريض المنتهكة تحتاج لتدبير غذائى مقو حتى ان سرعة النبض تضمحل شيأ فشيأ باعطاء هذا التدبير الغذائى اللطيف المقوى ولا تزول بشدة الحرمان أو الحمية القاسية ويحافظ على المريض فى دور الجفاف من الاحتكاك ونزع القشور الجدرية بقوة ولا مانع من حجزه عن ذلك

بوسائط خفيفة كحز اليد أو تغليفها بنحو الدوان أو كيس من الحرير وعند اما تكون القشور الجدرية ثابتة مع وجود التقيح تحتها ينبغى استعمال الضمادات الفاترة والظواهر المرضية الناشئة عن ظهور الطفح فى الاغشية المخاطية واحداثه لاعراض ثقيلة تستدعى وسائط علاجية مخصوصة أما الطريقة العلاجية المفسدة لجدرى الاغشية المخاطية فلا يمكن استعمالها لا لاجل مقاومة الطفح الجدرى للفم بل وفى مثل هذه الاحوال لا ينتج عن استعمال المضامض القابضة ومس البثرات الجدرية بنترات الفضة منفعة عظيمة وان ظهر عسر عظيم فى التنفس وغيره من الظواهر المرضية التى تنشأ عن الالتهاب الحنجرى ذى الغشاء الكاذب ينبغى استعمال مقئ من سلفات النحاس وكى فوهة المزمار بمحلول نترات الفضة زمنا فزمنا بان يغمس فيه اسفنجة مثبتة على قضيب من شنب القيطس وتعصر على فوهة المزمار وعند وجود أوذيما المزمار ان لم تنجح طريقة التشريط ينبغى اجراء عملية لقطع الحنجرى والتهاب الاغشية المصلية وبعض الاعضاء الحشوية التى تحصل فى اثناء سير الجدرى قد تستدعى الفصد العام سيما الالتهاب الرئوى والبلوراوى الناشئ عنهما اوذيما تقممية جانبية فى الجهة السليمة وادى ذلك الحصول عسر عظيم فى التنفس الا انه حيث دلت التجارب عموما على ان الاستفراغات الدموية العامة فى الامراض التسممية لا تتحملها المرضى فلا ينبغى استعمال ذلك حينئذ الا عند الاضطرار العظيم وزيادة على ذلك يقال فى معالجة كل من الالتهاب الرئوى والبلوراوى وغيرهما من الاصابات الموضعية الناشئة عن الجدرى ما ذكرناه فى معالجة الاشكال الاولية للامراض المذكورة وخراجات المنسوج الخلوى وتقيحات العقد الليمفاوية ينبغى المبادرة بفتحها

﴿ المبحث الخامس ﴾

(فى الجدرى البقرى)

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

الجدرى البقرى مرض معد محض ومن المعلوم المشاهد انه فى هذا العصر قد ظهرت جملة اوبية جدرية مع ان معظم الاشخاص ملقح له بل وكثير

منهم من لقح له مرة ثانية و بذلك لزمنا ان نبحث بالدقة عن مدة قوة صيانة الجدرى البقرى اعنى قوة حفظه للانسان الملقح له به من الجدرى الحقيقى ومدته وهذا البحث العظيم وان لم ينته الى الآن بالكلية الا انه قد تبين منه مع التأكيد ان مدة صيانة تلقيح الجدرى البقرى من الاصابة بالجدرى الطبيعى أقصر مما يظن عادة فقد ثبت بالتجارب العديدة التى فعلت ان قوة حفظ التلقيح بالجدرى البقرى لا تصون الانسان عن الاصابة بالجدرى الحقيقى الا قليلا من السنين بحيث انه ولو مع انتشار عملية التلقيح وتكراره الآن قد ثبت انه فى مدة تسلطن وباء الجدرى يوجد عدد عظيم من الاشخاص مستعد للاصابة بالجدرى أو الجديرى ولذا نوصى كل طبيب انه عند ابتداء ظهور وباء الجدرى ان يكرر التلقيح لجميع من كان منوطا بملاحظة صحته سواء كان الزمن الذى مضى من بعد التلقيح الاخير طويلا أو قصيرا - ثم ان متحصل البثرة الجدرية البقرية هو الحامل الوحيد للاصل المعدى فان كلا من التصعدات الجلدية والرئوية التى تكون حاملة للسم الجدرى لا تحتوى على السم الجدرى البقرى البتة بحيث قد ثبت انه لم يصب أحد مطلقا بالجدرى البقرى بمجرد وجوده فى الجو المحيط بانسان او حيوان مصاب به والفرق بين سم الجدرى الانسانى والجدرى البقرى ان الاخير لا يحدث طفحا جدريا الا فى صقع الجلد الذى تلقح فيه بخلاف سم الجدرى الانسانى فانه يحدث الطفح الجدرى فى اجزاء اخرى من الجلد والى الآن لم يثبت مع التأكيد ان كانت هذه الاختلافات ناشئة عن كون سم الجدرى البقرى مغايرا ومخالفا لسم الجدرى الانسانى من الاصل أو أن هذا الاخير حصل فيه ضعف عظيم بعد انتقاله الى نوع حيوانى آخر اعنى فى جسم البقر وتكون فيه ثانيا بكيفية غير تامة خفيفة التأثير - ثم ان الاستعداد للاصابة بالجدرى البقرى منتشر انتشارا عظيما بحيث يعد من الاستثناآت العظيمة ان الانسان المنتقل اليه هذا السم اول مرة يبقى مصونا عن الاصابة بهذا المرض والتلقيح بالجدرى البقرى قد يزيل فى بعض الاحوال الاستعداد للاصابة به طول الحياة لكن الاغلب هى الاحوال التى فيها لا تستمر الاصانة الا بعض سنين والوقوف على حقيقة الاستكشاف

المهم من كون الاصابة بالجدرى البقرى كما انها تزيل الاستعداد للاصابة بهذا النوع من الجدرى تزيل أيضا الاستعداد للاصابة بالجدرى الانسانى صار كثير الفائدة والمنفعة جدا من منذ ما تحقق لنا ان هذا الصون ليس فى الغالب الا وقتيا وانه ينبغى تجديد تلقيح الجدرى البقرى زمنا فزمنا لاجل عدم رجوع الاستعداد للاصابة بالجدرى الانسانى وتكراره

ثم انه بقطع النظر عن الاباطيل التى تضاد تلقيح الجدرى البقرى لا ينكر انه يجعل حياة الطفل احيانا فى خطر وانه فى احوال اخرى قد يخلفه اضطرابات مستمرة فى الصحة سيما الطفحات الجلدية وغيرها من الاصابات الخنازيرية لكن من الخطاء البين جدا القول بأن الجدرى البقرى فى مثل هذه الاحوال ينتج عنه بواسطة التلقيح انتقال الداء الخنازيرى من طفل الى آخر فانه يشاهد أن داء الخنازير يعترى بعض الاطفال بعد التلقيح ولو كانت المادة الجدرية مأخوذة من ذراع طفل سليم وان الاطفال الملقح لهم تبقى سليمة ولو كان الطفل المأخوذ منه مادة الجدرى مصابا اصابة واضحة بداء الخنازير فيظهر أن حصول داء الخنازير بعد تلقيح الجدرى البقرى يتعلق بالتأثير المضعف الذى يحدثه اذا اصطحب باعراض حمية عمومية فى جسم الطفل الملقح له وان تسلطن الطفحات الجلدية الخنازيرية زيادة عن غيرها من الاصابات الخنازيرية يظهر انه يتعلق كذلك بالاصابة الموضعية للجلد عقب عملية التلقيح فان غير هذا المرض من الامراض الحمية وجميع المؤثرات المضعفة التى تصيب الطفل المستعد لداء الخنازير فى السنة الاولى من الحياة له تأثير محدث لداء الخنازير مثل تأثير الجدرى البقرى فقد دلت التجارب على انه لا يحصل بواسطة الحراريق أو الموجعات الجلدية الاخرى التى تصيب الجلد التهاب موضعى فقط فى محل تأثيرها بل انها كذلك تزيد الاستعداد لظهور طفحات جلدية فى محلات اخرى من الجسم فكثير من الاطفال الذين لم يصابوا بطفحات جلدية مطلقا يحصل لهم ذلك عقب ثقب شحمة الاذن مثلا ووضع قرط فيها كما انه يحصل عقب التلقيح بالجدرى البقرى طفحات جلدية نشاعة اكزنتيماوية فى الوجه تستمر جملة أشهر — وأما الاحوال التى فيها يكون

ظهور داء الخنازير ناشئا عن الجدرى البقرى وتلقيحه فقط لا عن أسباب
اخرى كفطامة الاطفال أو التسنين الذى يصادف حصوله غالبا مدة زمن
تلقيح الجدرى فنادرة للغاية واندر منها الاحوال التى فيها تلقيح الجدرى
يخاطر بحياة الطفل وهذه الاحوال الاستثنائية لا يعتبرها أدلة مضادة
لتلقيح الجدرى البقرى الاجهلة الاطباء فان نتائج التقاويم السنوية
الطبية اثبتت أكيدا انقص الموت من منذ اختراع تلقيح الجدرى البقرى
كما ذكرناه وأما كون كثير من الاطفال يهلك بالحصبة والقرمزية والذبحة
الخنجرية الغشائية والاستسقاء الدماغى من منذ ما نجا عدد عظيم من
الاطفال من الموت بالجدرى وهلاكهم بهذه الامراض فهذا أمر سهل
التوجيه فان كثرة احوال الموت بتلك الامراض لا يضاد بالكلية تناقصها
بالجدرى والاجتهاد فى منع ذلك بواسطة التلقيح والاطفال الضعفا البنية
ذوو الاستعداد الخنازيرى لا ينبغى التلقيح لهم فى السنة الاولى الا اذا ظهر
وباء جدرى وجبرنا على ذلك بل فى السنة الثانية أو الثالثة بعد تمام التسنين
الاول فانه من الاكيد انه ينبغى المحافظة على مثل هؤلاء الاطفال
وحفظ نموها من المؤثرات المضرة أياكانت

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التى تحصل فى الجلد بعد التلقيح بمادة الجدرى البقرى
تشابه بالكلية التغيرات التى تحصل فى اشكال الجدرى الحقيقى ولو الثقيلة
منه الا انها تكون قاصرة على محل التلقيح فقط فانه فى اليوم الثالث من
التلقيح يتكون فى محله حلمة صغيرة محمرة وفى اليوم الخامس أو السادس
تستحيل الى حويصلة وفى اليوم الثامن تصل هذه الحويصلة التى يوجد
فيها انبعاج مركزى اعنى الانبعاج السرى وتكون ذات تركيب خلائى
الى حجم العدسة وفى اليوم التاسع يصير محصل الحويصلة الجدرية المحاطة
بهالة حمراء عريضة متعكرا ابيض ثم قيحيا فى اليوم العاشر أى تستحيل الى بثرة
وحينئذ يبتدئ جفافها بالتدريج بحيث ان البثرة الجدرية تستحيل الى
قشرة بدون ان تنفتح وتسقط القشرة نحو انتهاء الاسبوع الثالث فيخلفها

اثرة منبعجة مستديرة مبيضة ذات نكت فى قاعدتها والانبعاج السرى للجدرى البقرى ينشأ تبعا لرأى المعلم سيمون من الوخزة التى تفعل عند التلقيح فانه بحصول الالتهاب الذى ينشأ عنها يحصل التصاق بين البشرة والادمة وهذا الالتصاق يحدث الانبعاج بالكيفية الآتية وهو انه متى تراكم السائل المصلى بين هاتين الطبقتين وكانت البشرة ملتصقة التصاقا متينا بما تحتها فانها لا ترتفع دون ما كان محيطا بها فيتكون الانبعاج السرى ويؤيد ذلك شكل هذا الانبعاج فانه يشابه بالكلية شكل الجرح الذى فعل فان كان التلقيح بواسطة وخزة دقيقة كان الانبعاج السرى صغيرا مستديرا وان كان بواسطة شق نشأ عن ذلك انبعاج مستطيل فى وسط البثرة الجدرية البيضاوية الشكل وأما التغيرات التى تحصل فى محل التلقيح عند الاشخاص الذين عندهم تناقص الاستعداد للاصابة بالجدرى البقرى وبالجدرى الانسانى تبعا لما بيناه فيما سبق فانها تختلف اختلافا واضحا ومن النادر حصولها بسرعة كما انه يندر أن يكون سيرها أسرع من سير الجدرى البقرى الطبيعى فقد يشاهد فى بعض الاحوال حلمات جدرية بقرية محاطة بهالة محمرة مرتشحة او انتفاخات حلمية لا يتقدم نموها أو تستحيل الى حويصلات يجف متحصلها بسرعة وفى احوال اخرى قد لا يشاهد ظهور طفح على محل الجلد المحمر المرتشح الذى لقح فيه وفى غيرها من الاحوال قد تشاهد التهابات جلدية دملية منتشرة تنتهى بتقرح سطحى ولاجل الحكم بان كانت الاشكال المختلفة المذكورة من الالتهاب الجلدى تعتبر جدريا بقريا متنوعا أم لا ينبغى ان يكون ولا بد لمتحصلها خاصية تلقيح الجدرى البقرى عند الاطفال الذين لم يلقح لهم

(الاعراض والسير)

ولنتكلم على شرح اعراض الجدرى البقرى الطبيعى وسيره مع غاية الاختصار فنقول

يشاهد لهذا المرض ادوار وهى دور هجوم ودور تكون التغيرات التشريحية للجلد التى ذكرناها فيما تقدم ودور نضج فيه التهاب الجلد يحدث توترا شديدا مؤلما بحيث يعوق حركات الذراع المريض اعنى الملقح فيه

وكثيرا ماتنتفخ العقد اللينفاوية الابطية انتفاخا عظيما وفى بعض الاحوال قد لا يظهر طفح جدرى بقرى بل يظهر طفح بثرى أو أكثر نتيماوى فى محيط البثرة الجدرية البقرية بل وفى اجزاء أخرى من الجسم وحمى الهجوم تفقد عادة فى الجدرى البقرى واما دور النضج فيكون مصحوبا غالبا بحمى تابعية والتهاب الجلد فى الجدرى البقرى غير التام النضج قد يحدث اكلانا شديدا غير مطاق واحيانا آلاما محرقة توترية وقد ثبت بالمشاهدات الترمومترية العديدة ان الحمى لا تكون بنسبة شدة الالتهاب الجلدى وامتداده فقد شوهد فى أحوال قلة الظواهر الالتهابية الجلدية ارتقاء درجة الحرارة الى نحو ٤٠ مئينية ومع ذلك فشدة الحرارة لا تصل الى درجة عظيمة لقلة امتداد الالتهاب الجلدى كما يحصل ذلك فى الجدرى الانسانى وهذه الحمى لا ينتج عنها أدنى خطر الا فى أحوال استثنائية عند الاطفال الضعفاء المنهوكين جدا وكذا يعد من النوادر العظيمة انه قد يحصل فى دورة نضج الجدرى البقرى التهابات جلدية منتشرة ثقيلة

(المعالجة)

ليس القصد من الكلام هنا معالجة الجدرى البقرى بل احداثه مع الانتظام فنقول الامور التى ينبغى التمسك بها عند تلقيح الجدرى البقرى هى أولا أخذ المادة الجدرية البقرية من اطفال أقوياء البنية يكون التلقيح لهم أول مرة فانناوان لم نعتقد انتقال الديسكرازيا المرضية بواسطة التلقيح نقول انه من الخطأ البين والمخالف للعوائد البشرية فعل تجارب فى هذا الخصوص لاجل التحقيق والمادة الجدرية البقرية المأخوذة من أشخاص تكرر التلقيح لهم لا تنشأ عنها بثور جدرية بقرية طبيعية مع التأكيد كما دلت التجارب على ذلك مثل ما ينشأ عن المادة الجدرية البقرية المأخوذة من اطفال لقح لهم أول مرة وانما بالنسبة للداء الزهرى البنيى قد ثبت مع التأكيد امكان نقل هذا المرض بواسطة التلقيح بالمادة الجدرية البقرية ولو كان نادرا فان المادة المأخوذة من طفل مصاب بالداء الزهرى لا تعدى بهذا الداء على الدوام حتى ان المعلم فيفواز عضد الرأى المنفى فى العصر المستجد القائل بأن انتقال الداء الزهرى بالتلقيح الجدرى يمكن تجنبه متى أخذت

المادة الجدرية الصافية غير المختلطة بالدم ثانيا تؤخذ هذه المادة اللينفاوية في اليوم السابع أو الثامن من التلقيح من بثور جدرية بقرية ذات عظم وشكل طبيعيين ومحاطة بالتهاب متوسط الشدة في دائرتها فان نجاح التلقيح من بثور حديثة أو قديمة أو ذات سير غير طبيعي ليس أكيدا وأما اختلاط تلك المادة بالدم فلا يضعف قوتها ثالثا ينبغي أن يكون التلقيح من ذراع الى ذراع ان أمكن وان اقتضى الحال لاستعمال المادة اللينفاوية القديمة المحفوظة فالافضل ما كان منها محفوظا في انابيب شعرية مسدودة سدا محكما بعد اذابة اطرافها (وهذه تفضل عن المحفوظة بين ألواح من الزجاج) وفي زمن الاضطرار الى تلك المادة بكمية عظيمة فمن المهم معرفة التجربة التي فعلها المعلم ميلير وهي أن تخلط هذه المادة بجزئين من الماء المقطر والجلسرين ثم تحفظ بالكيفية السابقة فان ذلك لا يضعف تأثيرها بل ولو وصل مقدار المزج ثماني مرات مثلها رابعا يكون التلقيح بواسطة وخز يفعل بسن الريشة أو بسن ابرة التلقيح و ينتخب من العضد ما يكون مغطى ولو عند لبس أقمصة ذات اكمام قصيرة و يفعل في كل ذراع نحو خمس وخزات أو شقوق صغيرة ويترك بين كل وخزة واخرى مسافة كافية بحيث ان البثرات الجدرية والهالات الالتهابية لا تختلط ببعضها خامسا ينبغي فعل تلقيح الجدري البقري عند الاشخاص السليمين فقط مالم يتسلطن وباء الجدري الانساني وان لم ينجح التلقيح ينبغي تكراره بعد بعض أشهر وسبب عدم نجاح التلقيح اما فقد الاستعداد وقتيا اورداءة المادة سادسا ينبغي تكرار التلقيح عند ظهور وباء جدري في جميع الاشخاص الذين مضى عليهم من ٥ سنين الى ١٠ بعد التلقيح سابعا ينبغي حفظ البثرات الجدرية من الضغط والاحتكاك مع الاحتراس سيما في الاطفال وحفظ الاطفال الملقح لهم في أثناء حمى النضج في اودهم وعند اشتداد الالتهاب الجلدي في محيط البثرة الجدرية البقرية يستعمل مكمدات باردة من ماء الرصاص وان اختلطت البثور الجدرية البقرية ببعضها وتكونت قروح مغطاة بقشور تستعمل الضمادات الفاترة

﴿المبحث السادس﴾
(فى الجدرى المائى المعروف بجدرى الغنم)
(وبالجدرى الهوائى وبالجدرى الكاذب)
﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

كثير من الاطباء المشتغلين بالامراض الجلدية من يقول بمماثلة الجدرى الهوائى للجدرى وللجديرى وتعتبره أخف درجة للجدرى الانسانى ويوجه كيفية حصول هذا المرض عند الاطفال خاصة بان تلقيح الجدرى البقرى الذى فعل لهم وان لم يطفئ الاستعداد للاصابة بالجدرى الانسانى بالكلية الا أنه يجعله فى درجة خفيفة للغاية واما عند الاشخاص المتقدمين فى السن فنقول ان الاستعداد فيهم للاصابة بالجدرى بعد ان ينطفئ يعود ثانيا شيأ فشيأ بحيث انه عند تعرضهم للتسمم بالاصل المعدى للجدرى يصابون بالجديرى أو بالجدرى ولا يصابون بالجدرى الهوائى وهذا التوجيه منقوض بأمور عديدة منها ان حصول الجدرى المائى عند أطفال لم يلقح لهم بالكلية ينافى تماثل سم الجدرى الهوائى بسم الجدرى الانسانى فانه لا يعقل لاى شئ فى مثل هؤلاء الاطفال الذين يكون استعدادهم للاصابة بالجدرى متسلطنا تسلطنا عظيما يصابون باخف اشكال الجدرى وقد دلت التجارب زيادة عن ذلك على ان الجدرى الهوائى ليس فيه خاصة الوقاية عن الاصابة بالجدرى البقرى والجدرى الانسانى فاننا على العكس من ذلك نشاهد ان كثيرا من الاطفال الذين حصل لهم الجدرى الهوائى يلقح لهم بمادة الجدرى البقرى مع غاية النجاح ثم يصابون كذلك فى اثناء وباء الجدرى بالجديرى أو بالجدرى الانسانى وذلك مضاد بالكلية لما نشاهده من ان الاصابة بالجديرى او بالجدرى الحقيقى تقى وقاية تامة من اصابة أخرى عند ظهور وباء هذا المرض وبالجملة فقد شوهد احوال فيها ثبت ان الاطفال التى كانت اصيبت قبل بعض اسابيع بالجدرى البقرى او بالجدرى الانسانى الثقيل اعتراها الجدرى المائى فجميع ما ذكر يثبت أكيدا ان الجدرى الهوائى ليس اخف اشكال الجدرى الانسانى بل هو مرض قائم بنفسه وما ذكر من انه يمكن انتقال الجدرى الهوائى من اشخاص على

شكل الجديرى أو الجدرى الحقيقى الى اشخاص أخرى والعكس بالعكس مبنى على خطا فى التشخيص والتباس الجديرى بالجدرى الهوائى عليهم ومن الثابت على العموم ان الجدرى الهوائى معد غير أن الاشخاص الذين حصلت لهم العدوى به سواء كان ملقحا لهم أولا يصابون به فقط دون غيره والجدرى الهوائى قد يظهر على شكل أو بية كثيرة الانتشار أو قليلتها تصاحب احيانا وباء الجدرى أو تسبقه تارة وتعقبه أخرى وقد تكون متسلطنة فى اثناء تسلطن وباء الحصبة أو القرمزية وليس من النادر ان يظهر الجدرى الهوائى ظهورا ذاتيا أى افراديا

(الصفات التشريحية)

يبتدئ الطفح فى هذا المرض على شكل بقع صغيرة محمرة منعزلة تستحيل بعد قليل من الساعات الى حويصلات شفافة من حجم العدسة الى الحمصة بسبب الارتشاح المصلى الغزير الذى ينسكب بين البشرة والادمة ولا يظهر فى هذه الحويصلات انبعاج مركزى ولا تركيب ذو هالات ومتحصلها يتعكر بعد قليل من الزمن ويصير لبنيا الا انه لا يكتسب صفة قيحية ويتكون بعد جفاف هذه الحويصلات قشور سطحية تسقط عما قليل من الايام بدون أن يخلفها ندب التحامية وبحسب شكل الحويصلات المذكورة يميز الجدرى المائى الى جدرى مائى كرى وبيضاوى وعدسى وهرمى ومتجمع وكثيرا ما يشاهد بجوار حويصلات الجدرى البقرى المنتشرة التى تسير سيرا طبيعيا حويصلات اخرى تمتلئ بالصديد (وهذا هو الجدرى المائى القيحى) بحيث تكتسب هيئة البثور الجدرية الحقيقية بل وقد يخلفها ندب التحامية وحيث ان شكل البثور الجدرية ليس نوعيا بل يشابه شكل البثور الا كتيماوية فلا ينبغى الالتفات بالكلية الى شكل طفح الجدرى المائى واختلاطه بطفح الجدرى الحقيقى والارتكان فى ذلك الى القول بأن هذين المرضين متشابهان

(الاعراض والسير)

ظهور الحويصلات الجدرية المائية قد يكون فى بعض الاحوال هو العرض الاولى الذى يبتدئ به هذا المرض بحيث ان الامهات ولو الفطنات

لا تشاهدن

لاتشاهدن أثر دور الهجوم وتخبر بأن الطفل فى اليوم السابق ليوم الطفح
كان متمتعا بصحة جيدة ومن النادر أن يسبق هذا الطفح بيوم أو بعض أيام
بحمى خفيفة واضطراب عام وفقد فى الشهية وآلام فى الرأس ثم ان طفح
الجدرى المائى ينتشر على الجسم بدون انتظام وأكثر مايوجد فى الظهر
والبطن واما الوجه فانه يبقى مصونا بالكلية ونمو كل حويصلة يتم بعد ست
ساعات أو اثنتى عشر ساعة بحيث يتعكر متحصلها فى اليوم الثانى ويجف
فى اليوم الرابع وحيث ان هذا المرض لايقتصر على الطفح الاول بل
يتردد جملة مرار بعد بعض أيام فالغالب أن يستمر هذا المرض مدة أربعة
عشر يوما أو أكثر بحيث يوجد بجوار الحويصلات الجافة حويصلات
جديدة ويندر أن تظهر هذه الحويصلات على الغشاء المخاطى للفم والحلق
وان ظهرت تستحيل بسرعة الى قروح سطحية والحالة العامة للمريض
لاتكون مضطربة

﴿المعالجة﴾

لانبسط القول فى شرح معالجة الجدرى المائى فان هذا المرض ليس له أدنى
خطر ولايصطحب باعراض ثقيلة وينتهى فى جميع الاحوال بالشفاء بعد
ثمانية أيام أو أربعة عشر وانما من المهم أن يوصى بحفظ المرضى فى اودها
مدة اصابتهابه وحفظها من التأثيرات المضرة مع تنظيم تدبيرها الغذائى

﴿كلام كلى﴾

(فى الامراض التيفوسية)

لفظة تيفوس كانت تستعمل فى الطب القديم الابقراطى بمعنى الخدر
وقد ترك استعمالها بهذا المعنى الآن فتطلق على نوعين من الظواهر المرضية
المختلفة أحدهما الاحوال المرضية الطارئة على بعض الامراض الحادة
الثقيلة التى يوجد فيها هذيان وانحطاط عام وجفاف عظيم فى اللسان وخدر
ونحو ذلك من الظواهر العصبية فحينئذ يكون معنى لفظة تيفوس هنا
مطابقا لمعنى حالة تيفوسية أو عصبية وهذا الاعتبار الباثولوجى العمومى
قد ترك الآن أيضا ولاغرابة فى ذلك حيث لايفهم منه الا حالة مرضية نظرا

على بعض الامراض الحادة موضعية كانت أوعمومية فانها اوان تبين منها صفة مخصوصة لبعض الامراض الحادة المعبر عنها بالحالة التيفوسية لانها لا تدل من هذه الحيثية على نوع مرض مخصوص كما هو القصد هنا فثلا اذا طرأت الظواهر التيفوسية السابق ذكرها على التهاب رئوى أوحصبة أوقرمزية أونحوذلك قيل ان الامراض المذكورة مصحوبة بحالة تيفوسية أوعصبية أوضعفية ثانيهما (وهو المعنى الحقيقى) ان يعنى بلفظة تيفوس نوع مخصوص من الامراض متصف بالاعراض التيفوسية السابق ذكرها غالبا لكن ليس على الدوام بحيث لامانع من وجود مرض تيفوسى حقيقى بدون حالة تيفوسية أوعصبية كما انه لا مانع من وجود امراض غير تيفوسية مصحوبة بحالة تيفوسية بمعنى انها تطلق على نوع مخصوص من التغيرات المرضية سواء كانت مصحوبة بدرجة الاعراض الضعفية الدماغية أولم تكن مصحوبة بها

والآن لاتطلق هذه اللفظة على نوع واحد من التغيرات المرضية بل على انواع من الامراض التيفوسية تسمى بالامراض التيفوسية وهى التيفوس الطفحى والتيفوس البطنى المعروف عند أطباء فرانسا بالحمى التيفوسية والتيفوس النكسى أوالراجع ويقصد بلفظة شكل تيفوسى اماتغير مرضى واحد مختلف فى ظواهره المرضية أوان هذه الامراض متشابهة بالكلية بحيث لايمكن تمييزها عن بعضها لكن فى الحقيقة ولويكون ثم مشابهة تامة بينها الاانها لا يماثل من حيثية الاسباب والتغيرات التشريحية ولامن حيثية التغيرات الكماوية التى تحصل فى الدم على حسب معرفتنا بها بل ولامن حيثية الاعراض ولذا كان الاوفق ترك استعمال لفظة شكل تيفوسى واستعمال لفظة مرض تيفوسى

ثم انه اذا تأملنا رأينا انه يوجد خلاف الثلاثة انواع السابق ذكرها من الامراض التيفوسيه وهى التيفوس الطفحى والبطنى المعلومين فى اوربا والتيفوس النكسى انواع اخرى من الامراض التيفوسية فى غير اوربا من البلاد المشرقية كمصروغيرها منها ماهومستمر ومنها ماانطفا منذعدة سنين وذلك مثل التفويد الصفراوى (هوشكل من التيفوس النكسى الذى يعرف

بالنوشه بمصر والطاعون) فحينئذ قد ازداد عدد الامراض التيفوسية بهذا الاعتبار، وتعددت انواعها ولذا ينبغي لاجل دراستها في فصل واحد وتقويم انواعها المشابهة لبعضها (لا المماثلة) اعتبار كل من أسبابها وتغيراتها التشريحية واعراضها اعتبارا عموميا

فاما اعتبار الامراض التيفوسية من حيثية اسبابها فانها على العموم امراض تسممية تنتشر اما بطريق العدوى أو بطريق الميازما وان اسبابها عموما نوعية اعني انها لا تنشأ عن الاسباب المضرة العمومية جوية كانت او ارضية والذي يؤيد ذلك هو انتشارها انتشارا جغرافيا بمعنى انها تكون مرتبطة باسباب اقليمية اوجوية مخصوصة اى نوعية ولان ظهورها يحصل فيه ازدياد تارة وتناقص تارة اخرى بدون ان يكون ذلك مصحوبا بادنى تغير في المؤثرات المضرة العامة فظهورها حينئذ يكون متعلقا باصول معدية ميازماتية ليست على الحالة الغازية على الدوام فتؤثر بواسطة الهواء فقط فانه من الثابت بامور عديدة كما سيأتى ذلك عند الكلام على اسباب التيفوس البطنى ان هذه الجواهر المضرة يمكن ان تحمل احيانا بالمواد الغذائية والمياه وفى مثل هذه الحالة الاخيرة يكون وجود الاصول المضرة المنتجة للامراض التيفوسية مرتبطا بحالة فساد وتعفن فى المطعومات والمشروبات ومن ذلك يتضح كما يتضح من أسباب اخرى ان ظهور المواد السمية المذكورة وانتشارها فى الجو متعلق أيضا بحالة تعفن وفساد فيه

والى الآن لم يعلم ان كانت هذه الجواهر السمية المتحصلة من التعفن هى المحدثة لاشكال مخصوصة من الامراض التيفوسية أو انه بتأثير التعفن تنشأ جواهر اخرى غير معلومة لنا ينتج عنها الانواع المخصوصة من هذه الامراض وانما نذكر فقط ان منشأ الحميات المتقطعة والحمى الصفراء والهيضة يتعلق أيضا باحوال تعفن وفساد ومع ذلك لا يمكن ان يتصور احد أن تلك الامراض المذكورة أخيرا مجرد تنوعات ناشئة عن التسمم العفن ـ ثم انه يتضح من مماثلة تأثير عدوى التيفوس والجواهر الميازماتية ان كلا منهما من طبيعة واحدة وجميع الامراض التيفوسية معدية غير ان درجة عدواها تختلف وأشدها درجة فى العدوى التيفوس

الطفحى وزيادة على ذلك فقد تختلف شدة عدواها فى الانواع والاحوال المختلفة بل وفى الاوبية المختلفة أيضا بدون ان يعلم سبب ذلك وأما الاسباب المعينة على انتشار عدوى هذه الامراض فانها معلومة لنا وذلك كالتجمع العظيم من الاشخاص والقاذورات والهواء المحتبس غير المتجدد والحرارة الرطبة ونحوها وسيأتى بيان ذلك مفصلا عند شرح كل مرض تيفوسى على حدته

ثم ان النظريات القائلة بتأثير الجواهر المسمة المحدثة للامراض التيفوسية على الدوام فى الدم مقبولة للغاية لكن ليست هى الوحيدة فانه يجوز أن يكون تأثيرها الابتدائى فى الاغشية المخاطية كالغشاء المخاطى الفمى والمعوى والشعبى ومن هنا يمتد تأثيرها المسم الى الدم والسائل اللينفاوى بل وفى الطاعون يظهر انه من الجائز ان يكون تأثير السم المعدى موضعيا او يبقى تأثيره موضعيا أيضا قاصرا على بعض الغدد والاوعية اللينفاوية بدون ان يحصل تسمم طاعونى منتشر (كالمعبر عنه بالخيرجلات الطاعونية الجيدة غير المصحوبة بمرض عمومى) ومثل ذلك (ولو كان هذا صعب التعقل والادراك) فى التيفوس البطنى فانه قد يصاب بعض من غدد بيير ومن الغدد المساريقية باصابة تيفوسية بدون ان يصطحب ذلك باضطراب عام أو يصطحب بدرجة خفيفة جدا تنسب لهذا التغير الموضعى (ومثل هذه الاحوال هى المعبر عنها بالتيفوس الكامن) وحينئذ يسوغ القول فى مثل هذه الاحوال بان التسمم التيفوسى لم يسبق المرض الموضعى للغدد المعوية وذلك لعدم وجود اعراض عامة ثقيلة بل ان المرض ابتداء هنا ابتداء موضعيا اعنى بالاصابة المعوية وبقى قاصرا عليها زمنا طويلا ومثل هذا اعنى حصول الامراض التيفوسية بتسمم عام أو موضعى يشابه حصول ذلك فى الجدرى مثلا

ومهما كان التأثير الابتدائى للاسباب المحدثة للامراض التيفوسية لابد وأن ينشأ عن التسمم التيفوسى اضطرابات فى عموم التغذية وتغيرات طبيعية وكيماوية فى الدم وفى الافرازات واضطرابات فى الوظائف العصبية وتغيرات تشريحية موضعية مدركة وهذه الاخيرة هى المعروفة لنا

وهذه

وهذه التغيرات ينبغى فى دراستها تقسيمها الى تغيرات ابتدائية نوعية أى خاصة بالامراض التيفوسية وتغيرات تابعية لها أولبعض التغيرات الموضعية التى تحصل منها ومثال هذه التغيرات التابعية الاخيرة الاحتقانات الانحدارية الرئوية والخراجات والالتهابات النكفيه ونحو ذلك فان تأملنا لكل مرض تيفوسى على حدته اتضح لنا ان التغيرات الموضعية الخاصة بالامراض التيفوسية اعنى تغيراتها الابتدائية غير قارة ولا محدودة فانها قد تفقد فى بعض الاحوال ألا ترى أن كثيرا من المرضى المصابين بالتيفوس قد يهلك وعند البحث فى الجثة لا ترى تغيرات موضعية مهمة فالموت هنا يكون قد حصل اما من شدة تسمم الدم أو من ارتفاع درجة الحمى المتعلقة به أو من اضطراب غير مدرك فى الوظائف العصبية أو التغذية لكن فى معظم الاحوال قد توجد التغيرات الموضعية الابتدائية المذكورة لا سيما فى الجلد والغشاء المخاطى والشعبى والمعوى والطحال والاجربة المعوية والعقد اللينفاوية وغدد بيير والغدد المتفرقة المعوية وحويصلات ملبيجى وهذه التغيرات تنشأ اما عن مجرد احتقانات فى الاعضاء المذكورة أو عن تغيرات التهابية نوعية مصحوبة بنضح أو عن نمو مرضى فى الالياف جوهرها وهذه التغيرات الموضعية المصيبة للاعضاء المرتبطة بتكوين الدم والتغذية العامة ارتباطا قويا اعنى للطحال والمجموع اللينفاوى تعد واصفة لاغلب الامراض التيفوسية بالنسبة للتغيرات التشريحية الخاصة بها وأقل ما تتضح فيه هذه التغيرات الموضعية التيفوس الطفحى فانها تكون قليلة فى هذا النوع من الامراض التيفوسية ويكثر اتضاحها فى التيفوس البطنى وفى التيفوس النكسى والتيفويد الصفراوى والطاعون والاختلاف الواقع فى هذه التغيرات الموضعية الابتدائية ينبغى ان ينبنى عليه التمييز التشريحى بين كل نوع من الامراض التيفوسية على حدته فانه قد ثبت بالمشاهدة ان بعضها يتسلطن فى أحد أنواع الامراض التيفوسية دون البعض الآخر منها

فاعتبار التغيرات الموضعية الابتدائية حينئذ هو الذى ينبنى عليه تمييز الانواع الاصلية من الامراض التيفوسية ولاينبغى الوقوع فى الخطاء مثل ما وقع من بعض الاطباء بتكثير أنواع الاشكال التيفوسية وتعدادها باعتبار تغيرات تشريحية غير ابتدائية وتقسيم التيفوس الى حنجرى بلعومى ورئوى ونحو ذلك فان هذا مبنى على خطاء فى التمييز بين هذه التغيرات التشريحية الموضعية الابتدائية والتابعية فان اصابات غدد بيير المعوية فى التيفوس البطنى والعقد اللينفاوية الدائرية فى الطاعون ابتدائية أصلية وبها يتعلق سير كل من هذين المرضين واما القرحة الحنجرية التيفوسية فانها تشاهد فى اثناء سير التيفوس الطفحى والتيفوس البطنى كما ان الالتهاب النزلى للحلق والتهابه ذا الغشاء الكاذب يمكن ان يشاهد فى اثناء سير التيفوس الطفحى والبطنى والصفراوى الخ وقد وقع بعض الاطباء فى خطأ غير السابق وذلك لعدم اعتبارهم بالكلية للتغيرات الموضعية الابتدائية فى الامراض التيفوسية وقولهم بان اصابات غدد بيير مثلا فى التيفوس البطنى تعتبر مضاعفة لهذا المرض وتغيرا تابعيا له مثل الالتهاب الرئوى والالتهاب النكفى والغنغرينة الوضعية والانزفة المعوية وغير ذلك فان هذا الاعتبار ينبنى عليه عدم ملاحظة التغيرات الموضعية الابتدائية وجعلها أمورا غير ملازمة للامراض التيفوسية مع انها مرتبطة ارتباطا كليا بالاصابة التيفوسية وليست مثل المضاعفات المذكورة أخيرا وفى الحقيقة عدم ملاحظة هذا الامر ينبنى عليه اختلاط جميع أنواع الامراض التيفوسية وعدم تمييزها عن بعضها

ثم انه ينبنى على اعتبار التغيرات التشريحية الابتدائية فى الامراض التيفوسية تقسيمها الى امراض تيفوسية خفيفة أعنى فيها الاصابات الابتدائية الموضعية اما ان تفقد بالكلية أو تكون خفيفة للغاية اى عبارة عن التهابات نزلية فى الغشاء المخاطى للفم والانف والشعب أواحتقان فى الطحال ونحو ذلك وتسمى بالانواع البسيطة للتيفوس وبذلك تمتاز عن انواعه الثقيلة التى فيها تكون هذه التغيرات الموضعية كثيرة الوضوح جدا ويعد من الاولى

أولا التيفوس الطفحى الذى يتصف بمضاعفات باطنية غير قارة وهى عبارة عن اصابات نزلية مع بعض انتفاخ فى الطحال

ثانيا التيفوس النكسى الذى يصطحب باصابات موضعية وان كانت غير قارة أيضا الا أنها تصيب على الخصوص الطحال

ومن النوع الثانى من الامراض التيفوسية يعد

أولا التيفوس البطنى الذى يتصف بتسلطن اصابة غدد بيير والغدد المسار يقية

ثانيا التيفويد الصفراوى الذى يتصف باصابات موضعية متعددة مع تسلطن اصابة الطحال لاسيما جسيمات ملبيجى

ثالثا الطاعون الذى يتصف باصابة الغدد الليمفاوية الدائرية مع الغدد الليمفاوية البطنية

وسيأتى الحكم على هذا التقسيم المؤسس على التغيرات التشريحية الموضعية للامراض التيفوسية مع اعتبار اسبابها واعراضها وانما ننبه هنا على انه من الجيد فى الطب العملى اتباع هذا التقسيم

وأما الاعراض الخاصة بالامراض التيفوسية وأوصافها العامة فهى ان جميع الامراض التيفوسية تتصف بتغيرات غير مدركة وغير معلومة فى المراكز العصبية والاعصاب اعنى باضطراب فى وظائفها وهذه التغيرات الوظيفية فى المجموع الدماغى اما ان تكون عبارة عن انحطاط وضعف فى المجموع العضلى ليس بنسبة درجة الحمى أو انها تكون عبارة عن دوار وخدر أو كوما أو هذيان أو غيرها من الاضطرابات العصبية التى تتصف بظواهر تهيج أو خمود فى الاعصاب المحركة أو الحساسة أو فى الوظائف العقلية وهذه الاضطرابات العصبية الابتدائية تكون طبيعتها فى الامراض التيفوسية تسممية كتأثير التسمم المخدر حقيقية أو التسمم العفن ويمكن ان ترتقى فى بعض الاحوال الى درجة شديدة جدا من الابتداء بحيث انه يعقب من أول يوم بعد ألم الرأس الشديد والدوار انحطاط عظيم وضعف عضلى وخدر تام أو هذيان شديد جدا وشلل جزئى ثم يهلك المريض فى ظرف

أربع وعشرين ساعة أو ثلاثة أيام قبل ان يتضح ويتكون أدنى تغير موضعي (كما يشاهد ذلك في التيفوس الصاعقي والطاعون الصاعقي أيضا) وكما اننا قد قسمنا الاصابات الموضعية الى اصابات ابتدائية خاصة بالامراض التيفوسية والى اصابات تابعية لها فكذلك نقسم الاضطرابات العصبية أيضا الى ابتدائية خاصة بالامراض التيفوسية (اعني بالتسمم التيفوسي) والى اضطرابات عصبية تابعية خاصة بالحالة التيفوسية وتنشأ اما عن تغيرات ثانوية في الدم (كالتسمم البولي الحاد والتسمم الصديدي) أو عن اضطرابات ميخانيكية في الدورة الدماغية أو عن اصابات مادية موضعية ثقيلة في جوهر الدماغ نفسه اي تغيرات تشريحية مدركة وهذا نادر وهذه الاضطرابات العصبية ابتدائية كانت أو تابعية يمكن ان تكون مصاحبة لبعضها بحيث لا يمكن تمييزها عن بعضها في مجموع اعراض الحالة التيفوسية العصبية الثقيلة ومهما كانت شدة الاضطرابات الوظيفية الدماغية والعصبية التيفوسية واختلفت شدتها من أخف درجة من الحالة التيفوسية العصبية الى أشد درجتها فزوالها يحصل على الدوام بعد حصول أول نوم صحي عميق ويبنى على ذلك أمر مهم في الطب العملي لا يوجد مع غاية الوضوح في غير هذه الامراض وهو أن درجة تعلق اصابة المراكز العصبية في الامراض التيفوسية تتضح مما يأتي وهو انه مهما شتدت درجة الاضطرابات الوظيفية العصبية في اثناء سير الامراض المذكورة لا يخلفها غالبا تغيرات تابعية مستمرة كشلل الحركة أو الاحساس أو اضطرابات عقلية فانه قد يظن ان تغذية المراكز العصبية في الاحوال الثقيلة من الامراض التيفوسية تضطرب اضطرابا عظيما جدا بحيث يستمر هذا الاضطراب في بعض اجزائها فيؤدي ذلك لتغير مستمر في بعض وظائفها ووجود الاضطرابات العصبية الدماغية في جميع الامراض التيفوسية لا يسمح بجعل شكل مخصوص منها وتسميته بالتيفوس الدماغي فان الذي كان يسمى سابقا بهذه التسمية هي أحوال من التيفوس البطني أو التيفوس الطفحي أو غيرهما من الانواع التيفوسية المتسلطنة فيه

الاعراض الدماغية وأكثر ذلك خطاء ماذكره بعض الاطباء من كون الشكل الدماغى المذكور ينسب الى المرض السحائى الشوكى الذى يتسلطن احيانا تسلطنا وبائيا فان هذا المرض لايعد بالكلية من الامراض التيفوسية تبعا للتعقلات الجارين عليها الآن كما ذكر فى محله

والامراض التيفوسية تتصف أيضا من حيثية اعراضها بسيرها الدورى فان لها سيرا دوريا يشابه بالكلية السير الدورى للامراض الحمية الطفحية فانه فى احوال الامراض التيفوسية المنتظمة أى ذات السير التام المنتظم يبتدئ المرض بدور ابتدائى يرتقى ارتقاء منتظما حتى يصل الى حد ارتقائه ثم يبتدئ دور الانحطاط الذى يكون سريعا منتظما فى الاحوال الخفيفة وبطيئا جدا فى الاحوال الثقيلة أو مكدرا باصابات تابعية مختلفة والسير الدورى لهذه الامراض يعرف خصوصا من حالة الحمى التى تكون فيها الاصابات الابتدائية موازية لها فى السير سواء فى الصعود أو الانحطاط مالم يتكدر سيرها بمضاعفات تابعية كالاصابات الليفية اعنى الالتهابات ذوات الاغشية الكاذبة والاصابات التسممية الصديدية والغنغرينية والاحتقانات الانحدارية والتقرحات والالتهابات الممتدة فى الاعضاء والانسجة المختلفة فان جميع ذلك يكدر السير الدورى لهذه الامراض وينوعها تنويعا عظيما (وهذا مايسمى بالسير غير الطبيعى والمضاعف للامراض التيفوسية)

ويوجد فى جميع الامراض التيفوسية استعداد عظيم لاصابة الجلد اصابة طفحية على شكل طفح نكتى وردى فانه يظهر فى جميع هذه الامراض الطفح المذكور وان فقد احيانا منها كما فى الطاعون وحيث ان هذا الطفح يظهر فى جميع الامراض المذكورة فمن الجائز ان يظن انه لافائدة فى جعل نوع مخصوص من الامراض التيفوسية ونسبته لذلك وتسميته بالتيفوس الطفحى ومع ذلك فهذا امر ضرورى فانه لايعنى بالتيفوس الطفحى بقطع النظر عن أسبابه النوعية كل مرض تيفوسى مصحوب بطفح غزير بل يعنى بذلك نوع مخصوص من الامراض التيفوسية اعنى تيفوسا بسيطا مصحوبا بطفح وردى غزير وان الطفح

المذكور فى هذا النوع يكون بنسبة سير المرض ومدته وهى تبطابه ارتباطا قويا فى تقدمه وانحطاطه بحيث ان هذا المرض يلتبس بصفة الحميات الطفحية ثم ان الاستعداد لاصابة الجلد بالطفح الوردى ولوانه واصف لجميع الامراض التيفوسية لايوجد فيها على حدتها فقط لكن لاينبنى على ذلك جعل جميع الامراض الحادة بل والتسممية الحادة التى يظهر فيها هذا الطفح الوردى زمنا فزمنا من جملة الامراض التيفوسية فانه بقطع النظر عن الحيضية التى قد يكتسب فيها الطفح الشكل الورى يشاهد فى كثير من أحوال الحمى الصفراء وفى بعض أحوال اليرقان الخطر الذاتى بل وفى بعض أحوال الدرن الدخنى الحاد

ولنتكلم الآن بعد اعتبار الامور السابقة على مسئلة جعل الامراض التيفوسية اشكالا مختلفة من مرض واحد كما كان يظن سابقا أوانها امراض متنوعة مختلفة غير مماثلة لبعضها أعنى هل هذه الامراض تنوعات لتغير مرضى واحد أو أنها من الابتداء تغيرات مرضية مختلفة بالنسبة للتغيرات التشريحية والاعراض والسير فنقول ان الامراض التيفوسية بلاشك مختلفة من ابتداء منشئها فان المرض التيفوسى المتصف بتغير مخصوص فى الغشاء المخاطى للمعاء اللفائفى مثلا يختلف ولا بد اختلافا تشريحيا عن مرض تيفوسى لا يوجد فيه هذا التغير وان الاختلاف يحصل من حيثية الاعراض تبعا لذلك ولو بالنسبة للتغير المرضى المعوى المخصوص وهذا أمر بديهى لا نقض فيه ولا ابرام فمسئلة اختلاف الامراض التيفوسية أو تماثلها متعلقة حينئذ بالاسباب خاصة ومعنى ذلك انه هل يوجد لكل مرض تيفوسى سبب نوعى خاص به اعنى اصلا معديا خصوصيا أى مادة معدية نوعية خاصة بكل نوع منها على حدته ينتج عنها بتأثيرها مرض تيفوسى واحد كالتيفوس البطنى اوالطفحى دون غيره من الامراض التيفوسية أو انه لا يوجد الا أصل معد تيفوسى واحد عمومى بتأثيره ينشأ عنه تارة شكل من الامراض التيفوسية وتارة شكل آخر منها على حسب تنوع المؤثرات الظاهرية التى تكون متسلطنة وقت تأثير هذا الاصل المعدى أى السم التيفوسى العمومى

والذى نراه ان القول الاول هو القريب للعقل بل المثبت بالتجارب ومما يؤيد ذلك اعنى القول بتعداد الاسباب النوعية مايشاهد فى عدوى الامراض التيفوسية اذ بذلك يتضح ماذكرناه اتضاحا عظيما فان القول بوجود أصل معد تيفوسى واحد يترتب عليه ولابد الاعتراف بأن المريض المصاب بالتيفوس البطنى مثلا قد يعدى تارة بهذا الداء وتارة بالطفحى واخرى بالتيفويد الصفراوى اعنى الحمى التيفوسية الصفراوية وهلم جرا وهذا مخالف بالكلية للتجارب المعلومة فان المعروف ان التيفوس البطنى اذا كان مكتسبا للصفة المعدية ينشأ عنه تيفوس بطنى ليس الا وان كان الطفحى متسلطنا تسلطناو بائيا فى أى جهة وانتقل المريض به الى جهة غيرها لابدوان يعدى بهذا الداء اعنى الطفحى لاخلافه

ومما ينافى كون المؤثرات الظاهرية الوقتية المعبر عنها بالبنية المرضية الوطنية هى التى تصير التيفوس تارة بطنيا وتارة طفحيا ماذكره على وجه الحق المعلم بيتا من ان كلا هذين النوعين يوجد متسلطنا فى الندرة فى آن واحد ولو كانت البنية المرضية الوطنية المتسلطنة واحدة وان كان أحد النوعين المتقدمين احيانا اكثر تسلطنا فلابد وان كلا منهما يشاهد على الدوام بحالة وضوحه بدون تنوع فيه وان قدم جملة من المرضى المصابين بالتيفوس من مكان واحد فلابد وان يكونوا مصابين بشكل واحد من هذا الداء بدون استثناء وعند تسلطن وباء التيفوس البطنى تسلطنا عظيما اذا دخل مريض فى المارستان مكانا فيه التيفوس الطفحى فلابد وان هذا المريض كما انه يعدى غيره كذلك هو يصاب بالتيفوس الطفحى ليس الا ولو مع وجود بنية مرضية متسلطنة واحدة فلا يسوغ القول بأن احوال الشخص البنية والمؤثرات المرضية الظاهرية هى التى تكسب هذا المرض تارة الشكل الطفحى وتارة الشكل البطنى أو غير ذلك عند تأثير المؤثرات المرضية العامة فانه قد يشاهد فى المحلات المتسلطن فيها التيفوس البطنى منذ سنين ظهور التيفوس الطفحى عند العدوى من مصاب بهذا الداء كما حصل ذلك فى مصر فان الشكل التيفوسى المتسلطن فيها على الدوام هو النكس أو أحد أشكاله المستمر وهو التيفويد الصفراوى

وعند تسلطن التيفوس الطفحى سـنة ١٢٨٠ كاد أن ينطفى النمسى بالكلية هذا وان نظرنا الى الاختلاف بين الامراض التيفوسية وبعضها من تاريخ منشئها وانتشارها الجغرافى اتضح لنا بعض حقايق وان كانت قابلة لبعض توجيهات الا انها تؤيد اختلاف نوعية أسباب هذه الامراض فان الطاعون كان منتشرا فى العصر المتوسط فى جميع أوربا انتشارا عظيما ثم تناقص فى القرن السادس عشر وظهر فى السابع عشر والثامن عشر قاصرا على بعض المحال ثم انطفى من أوربا بالكلية ولا يمكن نسبة ذلك الى الاحتراس من سريان الاصل المعدى للطاعون فقط بل كذلك الى احوال أوربا الظاهرية الصحية وغيرها التى تنوعت فى هذا العصر الاخير تنوعا عظيما فهل هذا التنوع هو الذى يمرض الشخص عند تأثير هذه الاصول الميازماتية بمرض غير الذى كان يعتريه سابقا أوانه وهو الحق كان يتكون فى أوربا فى ذلك الزمن (الذى كانت فيه ارضها قليلة الزراعة وبقاعها كثيرة الاجام والتعفن والقاذورات وتراكم الاهالى فى مدن ضيقة غير متجددة الهواء وكان التعفن الرمى بقرب المساكن كثيرا جدا) اصول معدية ميازماتية اخرى خلاف الموجودة الآن فجميع مايشاهد وقتئذ يؤيد الرأى الاخير فانه ان قدم مريض باور بامصاب بالطاعون ودخل فى احدى اللازريتات أى اماكن الكرنتينة فلا تتغير بذلك أحوال من يباشر خدمته الصحية وليس من النادر اصابته بالطاعون مع ان هذا الداء لم يشاهد فى تلك الاماكن منذ ثلاثين سنة وأكثر مهما تغيرت البنية المرضية الوطنية فيها فحينئذ لابد وان يكون المريض هو الذى جلب معه السم الطاعونى الذى لايتكون تكونا ذاتيا مطلقا

وعين ماذكرناه فى اوربا كان موجودا فى الاقطار المصرية التى كانت تعد ينبوعا أصليا لهذا المرض لكن بالالتفات الى الاسباب التى بها انطفات جمرة هذا الداء الدفين خمدت ناره من نحو أربعين سنة وذلك باتباع الاصول الصحية العامة وازدياد العمارات والاكثار من الزراعة بانواعها النافعة وازالة الاجام والبرك العفنة والاوخام وضبط فيضان النيل وتنظيمه بواسطة الاشغال العمومية على

وجه

وجه حسن ومنع دفن الموتى وسط المدن والقرى وازالة ما كان بها من المقابر وانتخبت الاجداث بالبعد عن السكن فكاد أن يكون هذا الداء مرضا تاريخيا والفضل فى ذلك للعائلة المحمدية العلوية الخديوية

ثم انه فى أثناء انطفاء الطاعون من اوروبا ازداد ظهور التيفوس الطفحى فيها والآن وجوده قاصرا على بعض المحال بحيث لا يوجد مكونا النوع الاعتيادى من الامراض التيفوسية الا فى بعض أجزاء اوروبا غير المنتظمة فى التمدن والعمارية كسواحلها الغربية وبلاد الليه ولم نشاهده فى مصر الا على حالة وبائية كما تقدم

فبالتأمل بالدقة والبحث الجيد فى ماذكرناه يتضح ان الامراض التيفوسية أنواع مختلفة متنوعة الاسباب فما يقال فى انفراد اسبابها يمكن رفضه واثبات تنوع الجوهر السم المحدث لها وبالنسبة لذلك تنقسم تلك الامراض الى أنواع أربعة رئيسة وهى

اولا التيفوس الطفحى المعروف بالنمشى = ثانيا التيفوس البطنى المعروف بالحمى التيفويدية عند اطباء فرانسا = ثالثا التيفوس النكسى المعروف بالحمى الراجعة وفى مصر بالنوشة ولها مشابهة تامة بالامراض الاجامية = رابعا الطاعون

ثم انه يوجد خلاف ماذكر امراض تيفوسية خفيفة جدا تعتبر اشكالا خفيفة من الانواع الاربعة التى ذكرت آنفا وسيأتى شرح ذلك عند كل مرض تيفوسى على حدته لاننا نوضح هناك اشكال كل مرض خفيفة كانت أو ثقيلة وانما ننبه على انه لا ينبغى اعتبار الاشكال الخفيفة تنوعات اخرى من الامراض التيفوسية

وقد استحسنت وضع هذا الكلام الكلى على الامراض التيفوسية وان لم يتعرض له المؤلف نمير لايضاح ما تقدم مع اضافة شرح الطاعون ولو انه الآن مرض تاريخى لما فى ذلك من تتميم الفوائد والنفع العام بالنسبة لبلادنا المشرقية

(المبحث السابع)

في التيفوس الطفحى

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التيفوس الطفحى من جهة يقرب جدا من الامراض التسممية الطفحية

كالحصبة والقرمزية والجدري بالنسبة لشدة عدواه والطفح المنتشر على الجلد ومن جهة أخرى يقرب جدا من التيفوس البطني لتشابه اعراضه له مشابهة تامة حتى زعم بعض المؤلفين المشهورين انه شكل منه ثم ان عدوى التيفوس الطفحي لا ينكرها الا الاطبا الذين لم يشاهدوه الا على شكل وباء منتشر جدا فانه حينئذ اذا انتشر وعم مدينة أو ولاية انبهم الامر فلا يعلم ان كان المرض انتقل من شخص الى آخر أو أصيب كلاهما عند تعرضه لسبب عمومي وينعكس ذلك اذا ظهر في محل قليل الامتداد يمكن ملاحظته وكان مصونا عن هذا المرض لحين ظهوره فيه ففي هذه الحالة يسهل الحكم بان كان هذا المرض معديا أولا وجميع الاطباء الذين لاحظوا ذلك يقولون ان عدوى هذا الداء لا تكاد تكون أكثر وضوحا في غير هذا المرض من الامراض المعدية الآخرى ثم ان الاصل المعدي لهذا الداء يوجد في الهواء الجوي المحيط بالمرضى ويتشبث في ملابسها وفراشها وغير ذلك ولذا كانت معالجة المصابين بالتيفوس الطفحي وخدمتهم أشد خطرا من المصابين بالهيضة أو التيفوس البطني بل ان هذا المرض قد يسري الى اشخاص متوسطي الصيانة عن الاصابة به كما يشاهد ذلك في الحصبة وكلما كانت المرضى أكثر تراكما كان تكون السم المعدي أكثر اشتدادا فاذا كان محل ذو اتساع معلوم ممتليا بمرضى متراكمة فيه كان تكون الاصل المعدي فيه وانتشاره أكثر مما اذا كان فيه قليل من المرضى أو مريض واحد بالاولى

والى الآن لم يمكن قطع الحكم في كون التيفوس الطفحي ينتشر فقط بمجرد العدوى التي لاشك فيها أو انه ينتشر انتشارا ميازماتيا مع الهواء ومعظم المؤلفين يقول بانتشاره بكليهما فان القول بتخصيص كل مرض بانتشاره اما بالاول أو الثاني ليس مثبتا حتى ان المؤلفين المعضدين لهذا الاخير نجد أقوالهم في ذلك غير قارة فانه ان اعترفنا بان جرثومة الاصل المعدي للهيضة الآسية قد نشأت ابتداء في بلاد الهند على الارز المتغير وانتقلت من هناك بالاشخاص المصابين بهذا المرض بواسطة المواد البرازية الخارجة منهم ساغ القول بما يقرب من العقل جدا بان جرثومة الامراض المعدية الوطنية

في بلادنا

فى بلادنا تتكون خارج الجسم متى وجدت الشروط اللائقة لتكونها ثم تنتقل بواسطة المصابين وتنتشر واما القول بمنشأ الامراض التسممية منشأ ذاتيا بمعنى ان سببها نتيجة اسباب مضرة باجتماعها يتكون عنها الاصل المعدى فمرفوض البتة فان من قال بذلك اعترف بوجود التولد الذاتى وهذا أيضا مرفوض رأسا واما القول بانه يوجد خلاف الامراض الميازماتية المحضة أعنى التى جرثومتها تتولد خارج الجسم ولا تتولد وتتكاثر فى داخله امراض أخرى ميازماتية معدية أعنى ان جرثومتها تتكون خارج جسم المصاب وداخله بمعنى انها تتولد وتتوفى المواد الفضلية المنقذفة منها فسلم وهناك عدة أمور ترجح هذا القول (الذى لم يعلم له نفى قوى) ومطابقة له أكثر من مطابقتها للمنافى للامراض الميازماتية المعدية فاننا نشاهد التيفوس الطفحى كثيرا ما يظهر فى أحوال لا يتوهم العقل مرانه فيها كظهوره وانتشاره فى السفن حال سياحتها (ويعرف بتيفوس السفن) وفى السجون المغلقة (و يعرف بتيفوس السجون) كما اننا نشاهد ظهوره فى أحوال يظهر انها تعين على نمو الجسيمات الحيوانية الدقيقة المكرسكوبية كزمن القحط الذى يتعاطى فيه الاغذية الفاسدة العفنة (و يعرف بتيفوس القحط) وفى المارستانات المشتملة على عدد عظيم من المرضى التى فيها يكون الهواء مشحونا بعفونات الفضلات (ويعرف بتيفوس المارستانات) وينتشر اذ ذاك التيفوس الطفحى بكثرة بحيث يمكن الحكم بحصوله من قبل متى وجدت الشروط السابقة ومن الواضح ان ذلك ليس المراد منه نفى القول بان جسم المريض المصاب عقب دخول جرثومة هذا المرض فيه لا يكون واسطة مساعدة على نمو هذه الجرثومة أو تولدها أكثر من اللحم المتعفن وهواء المارستانات المتحمل للتعفنات الحيوانية وان المرض لا يبقى قاصرا على اصابة واحدة بل يسرى وينتشر انتشارا عظيما ولو بعد زوال الاحوال التى ساعدت على ظهور الجرثومة المرضية ونموها خارج الجسم فان ثبت ما ذكرناه انفا من ان جرثومة الهيضة قد تتكون ابتداء فى الارز المتغير قوى الظن بان جرثومة الاصل المعدى للتيفوس الطفحى تتكون خارج الجسم فى المواد الحيوانية المتعفنة ايضا وانه فى الازمنة التى تجتمع فيها الشروط المساعدة على كثرة ولداتها يزداد ازديادا عظيما بحيث يهدد باصابة الاشخاص وانتشاره

فيهم ثم ان الاستعداد للاصابة بالاصول الميازماتية المعدية للتيفوس الطفحى منتشر جدا فلا يبقى مصونا عن الاصابة به الاسن الطفولية والشيخوخة ويستوى فى الاصابة به الذكور والاناث بدون تفاوت واقويا البنية وضعفاؤها والظاهر ان التعب المفرط وغيره من المؤثرات يزيد فى الاستعداد وان الاصابة بهذا المرض مرة تطفئ الاستعداد للاصابة به مرة أخرى

وذكر كل من هرش وجرسنجر فيما يخص انتشار التيفوس الطفحى فى أوربا انتشارا جغرافيا فقال ان هذا التيفوس من ابتداء القرن السادس عشر الى الثامن عشر كان مكونا للنوع التيفوسى المتسلطن والمنتشر فى جميع اقطار اوروبا وعظم انتشاره من ابتداء هذا القرن مدة الحرابات الواقعة فيه ثم صار نادرا جدا حتى قيل انه لايوجد مرض تيفوسى بدون التقرحات المعوية وانما فى هذا الزمن الاخير زال هذا الخطاء بظهور ذلك المرض ظهورا وبائيا فى بعض اقاليم اوربا ومدة حرب القرم وأما فى جزائر انكلترة وبعض خطط من مركز اوربا فان هذا التيفوس يكون الشكل الوطنى المستمر وأما فى جنوب اوربا وجزء ايطاليا السفلى والبلاد المشرقية و بلاد المجر فان التيفوس المذكور قد يظهر وحده أو مصاحبا لغيره من انواع الامراض التيفوسية

(تنبيه) لم اشاهد هذا المرض متسلطنا فى اقليمنا تسلطنا وبائيا عظيما الا فى سنة ١٢٨٠ من الهجرة وماعدا ذلك فقد تشاهد اوبية صغيرة زمنا فزمنا لا يمكن نسبتها على الدوام لسريان هذا المرض بالعدوى المحض وحينئذ فن الجائز أن يكون منشاؤها ميازماتيا

(الصفات التشريحية)

الطفح الوردى الواصف للتيفوس الطفحى لايمكن معرفته فى الجثة مثل طفح الحصبة والقرمزية فانه بعد الموت تزول الاحتقانات المحدودة للجلد عند امتقاعه امتقاعا عاما لكن ان حصل فى هذه الاحتقانات المحدودة تمزق فى بعض الاوعية الشعرية وانسكاب دموى فى جوهر الجلد شوهد فيه بعد الموت بقع غشية عديدة منتشرة لكن ذلك لايوجد على الدوام وينبغى

الاحتراس من الوقوع فى الخطأ والظن بان النمش عرض واصف للتيفوس الطفحى (المعروف بالتيفوس النمشى) ثم ان الطفح الوردى الذى نشرحه هنا مفصلا مع التغيرات التشريحية لهذا المرض كما أجريناذلك فى مبحث الحصبة والقرمزية والجدرى له مشابهة عظيمة ببقع الحصبة فيشابهها فى العظم والشكل واللون وقد يختلط ببعضه احيانا أيضا مكونا لاشكال غير منتظمة الا انه لا يكون موشحا بحلمات صغيرة مثل الطفح الحصبى وهذه البقع الوردية تكون تارة موازية لسطح الجلد وتارة تعلوه بقليل ثم ان هذه البقع التى يقل اتضاحها بالكلية فى التيفوس البطنى بل لا توجد فى جميع احواله وان وجدت يعسر مشاهدتها على البطن والصدر ولا تكون مشاهدتها قاصرة فى التيفوس الطفحى على هذه الاجزاء بل انها تغطى بعدد عظيم جدا جميع الجذع والاطراف وتتضح اتضاحا عظيما بحيث لا تخفى ولا تصعب مشاهدتها ويندر ظهورها فى الوجه وهذا الامر يمنعنا من الوقوع فى الاشتباه بين الطفح الحصبى والطفح التيفوسى وكذا باقى التغيرات التشريحية التى تشاهد فى الجثة فانها تشابه مايشاهد فى الامراض الطفحية فان حصل الموت بسرعة شوهد ان الجثة قليلة النحافة والتيبس الرمى عظيم جدا ويوجد فى المحلات المنحدرة احتقانات انحدارية عظيمة والعضلات تكون ذات لون داكن ويحتوى كل من القلب والاوعية العظيمة على دم داكن شبيه بعصارة الكرز والغشاء المخاطى للمسالك الهوائية يكون محتقنا احتقانا عظيما ومغطى بمواد مخاطية لزجة وكثيرا مايوجد فى الجوهر الرئوى تكبدات رخوة ممتدة أو أجزاء هابطة على بعضها والعقد الشعبية تكون منتفخة لكنها ليست من تشهمة ولا لينة ولا يوجد فى القناة الهضمية ولا فى العقد المساريقية تغيرات مهمة فارة والطحال يكون عظيم الحجم لين القوام — وان حصل الموت فى الادوار الاخيرة من هذا المرض شوهد أن التيبس الرمى قليل جدا ولا يستمر زمنا طويلا والجثة تكون واقعة فى النحافة وجناحا الانف ترابيين وكل من الاسنان واللسان مغطى بطبقة مسودة هبابية والدم محتو يا على تعقدات ليفية داكنة تميل دكنته الى عصارة الكرز الاسود المحمر وجدر الاوعية تكون

فى حالة ارتشاح ويوجد عادة فى الرئتين تكبدات ممتدة والطحال يكون منتفخا انتفاخا عظيما ويوجد فيه احيانا انسكابات دموية أو خراجات صغيرة وكل من المعدة والمعا لا يوجد فيه تغيرات تشريحية احيانا وغاية ماهنالك انه يوجد انتفاخ فى الاجربة المتفرقة المموية وفى غدد بيير كما يشاهد ذلك فى غير هذا المرض من الامراض الطفحية وكذا باقى الاعضاء لا يوجد فيها تغيرات تشريحية قارة واصفة وفى الاحوال النادرة التى فيها يحصل الموت متأخرا جدا عقب ظهور مضاعفات ثقيلة تشاهد تغيرات تشريحية مختلفة كتقرح النكفتين وانتفاخهما المنتشر والتهابات غشائية أو دفتيرية وموت منتشر فى المنسوج الخلوى وغنغرينات وضعية وغنغرينة الاطراف ونحو ذلك

وحصول هذا التغير الاخير كان كثيرا جدا فى الوباء الذى تسلطن فى مصر وفى مارستاننا سنة ١٢٨٠ هجرية كما تقدم بحيث ان شدة انتشار الطفح الوردى واعينه للجذع والاطراف بل وراحة اليدين واخمص القدمين مع مضاعفات ذلك بغنغرينات وضعية وغنغرينة فى الاطراف والاصابع كانت من الامور المتصف بها هذا الوباء

(الاعــــراض والسير)

قليل من الامراض ما تكون اعراضه مثل اعراض هـذا المرض مشابهة لبعضها فى كل حالة وذات سير واحد عند الاشخاص المختلفين

فدور التفريخ فى هـذا المرض الذى يمتد من ثمانية أيام الى تسعة ويندر أن يكون أطول من ذلك لا يكون فى أغلب الاحوال خاليا عن ظواهر مرضية فضلا عن كون هذه الظواهر المرضية التى هى فى الاحوال الخفيفة عبارة عن قشعريرة خفيفة وألم فى الرأس وقلق وفقد فى الشهية واحساس بتعب وتكسر وضجر وقصارى الامر انها اعراض كالتى تسبق غير هذا المرض لا تدلنا على نوع المرض الآخذ فى الهجوم وطبيعته وانما فى الازمنة التى يكون فيها التيفوس الطفحى متسلطنا وبائيا يمكن الظن عند وجود الظواهر المرضية السابقة ان المريض مصاب بتسمم تيفوسى ويقوى الظن ان وجد مع ذلك اصابات نزلية كالسعال والزكام وحرقان الاعين بحيث

يتوهم

يتوهم فى غالب الاحوال ان المريض مصاب بحمى نزلية بسيطة وشدة هذه الظواهر تختلف بحيث ان بعض المرضى فى اثناء حصولها يستمر على تعاطى الاشغال و بعضهم يلتزم الفراش

واما دور هجوم التيفوس الطفحى فانه يبتدأ تارة بقشعريرة شديدة مرة واحدة عظيمة الشدة مستطيلة المدة وتارة بقشعريرات خفيفة متكررة يعقبها احساس بحرارة شديدة مستمرة ومن أول نوبة قشعريرة تكاد المرضى تلازم الفراش وتحس بهبوط وضعف عظيمين وتشتكى بثقل فى الرأس أودوار اواحيانا بآلام شديدة فيه يمكن ان يتلطف بحصول رعاف وقتى وينضم لذلك دوار وشرر امام العينين وطنين فى الاذنين وثقل فى السمع واحساس مولم فى العضلات وارتعاش عند تحرك الاطراف وتكون المرضى هابطة مستلقية على فراشها وعندها اخترفة فى الكلام وقت النوم وهذيان بهدء فى اليقظة و بعض المرضى يكون فى حالة قلق ورعب عظيمين وعندهم تصورات مرعبة مفزعة بحيث لا يمكن حجزهم فى فراشهم فتجبر خدما ألمارستانات احيانا على ربطهم فى الفراش أو تثبيتهم باكمام قميص المجاذيب وزيادة عن اعراض هذا الاضطراب العصبى يكاد يوجد دائما فى دور هجوم التيفوس الطفحى ظواهر نزلية شديدة فتفزع العينان من الضوء مع احمرار فيهما ويزداد افراز الدموع ويجف باطن الانف أو ينسد أو ينفرز منه ابتداء افراز سائل ثم يصير لزجا أو يجف على هيئة قشور ويتعسر الازدراد ويصير مولما ويتغطى اللسان بطبقة مبيضة و يصير طعم الفم عجينيا واحيانا يحصل غثيان أوقئ و يمكن ان يحصل اسهال وأكثر من هذه الاعراض التى قد تفقد احيانا وجود السعال الخشن المؤلم الذى تنفدق به كمية قليلة من مواد مخاطية لزجة مختلطة احيانا بقليل من الدم وعند التسمع على الصدر يحس بخراخر عديدة وسير الحمى وارتقاؤها فى هذا المرض وان لم يكن عندنا الا مشاهدات قليلة اكيدة بالخصوص الا التى فعلها المعلم وندراش تدل على ان الحرارة تصل الى درجة ٤٠ أو ٤١ مئينية فى الايام الاول من هذا المرض و يكون النبض عظيما ممتلئا رخوا و يندر أن يكون مزدوجا وسرعته تصل الى مائة ضربة تقريبا فى الدقيقة الواحدة

و بسبب فقد جزء عظيم من سوائل الجسم المائية بالتبخير عقب ارتقاء درجة الحرارة العظيمة يكون العطش متزايدا جدا والبول قليلا متركزا فى هذا الدور ويمكن غالبا اثبات ازدياد حجم الطحال بالقرع

واما دور الطفح فانه يبتدئ بظهور البقع الورديه التى تبتدئ بالظهور فى النصف الثانى من الاسبوع الاول بين اليوم الثالث والخامس و يندر تاخيره للسابع وهذا هو المسمى بدور التزهر وذلك فيما اذا اعتبرنا تشابه التيفوس الطفحى بالامراض الحمية الطفحية الحادة ولو ان هذا التشابه لا يوجد الا فى ابتداء هذا المرض ثم يزول فيما بعد وتكون البقع المذكورة فى الابتداء قليلة وتظهر على الجذع فقط ثم تزداد شيأ فشيأ وتمتد نحو العنق والاطراف حتى تغطى الجسم ماعدا الوجه وتكون بالقرب من بعضها فى بعض الحال وفى غيرها تتباعد و يندر ان يكون الطفح قليل الغزارة وعلى كل حال ففى مثل هذه الاحوال يكون أكثر غزارة من التيفوس البطنى وامامدته فاكثر طولا من الطفح الحصبى والقرمزى فان البقع الوردية لا تأخذ فى الزوال الا نحو انتهاء الاسبوع الثانى مع تناقص الحمى وباقى الظواهر المرضية وكلما استمرت هذه البقع تلاشى لونها الاحمر القانى بالتدريج وحل محله تلون مزرق ثم بالضغط عليها بنحو الاصبع تزول زوالا غير تام وكثيرا ما يستحيل منها جزء عظيم الى بقع نمشية - ثم ان الظواهر العامة لا تتحسن بظهور الطفح فالمرضى وان قل تشكيهم بالم الرأس والاطراف الا ان ذلك ناشئ عن زيادة اضطراب القوة العقلية بحيث لا يحسنون التصور ولا يتذكرون حتى انه بسؤالهم لا يحسنون جوابا بل يجيبون بكلام متقطع غير ملتئم ويكونون تارة فى نوع هذيان خفيف واخرى شديد يشبه الجنون بحيث يخرجون من فراشهم على الدوام وفى أثناء النقاهة لا يكون عندهم أدنى تصور من ذلك ويزداد ثقل السمع ازديادا عظيما ويكون اللسان جافا مغطى بقشور مسودة والملتحمة محتقنة ويتلطف السعال لكن التنفس يكون سطحيا سريعا على هيئة اللهث وفى الصدر يحس بخراخر عديدة ممتدة والقرع يكون أصم غالبا فى الحال المتقدرة و يحصل فى بعض الاحيان امساك واخرى اسهال قوى ويخرج البول قهرا فى الفراش وتستمر

الحمى فى الاحوال الخفيفة تبعا لرأى المعلم وندرلش الى نحو انتهاء الاسبوع
الاول الى أرقى درجتها التى تصل اليها فى اليوم الثالث أو الرابع وربما يحصل
فى النصف الثانى من الاسبوع الاول انحطاط خفيف فى درجة الحرارة
بحيث يكون فى اليوم السابع أو الثامن فى درجة انحطاط عظيم ـ وأما
فى الاحوال الثقيلة فان درجة الحرارة ترتقى أيضا فى النصف الثانى من
الاسبوع الاول ولا يحصل انحطاط فى اليوم السابع وسرعة النبض الذى
يكون فى هذا الزمن صغير ارخوا يطابق تقريبا ارتقاء درجة الحرارة بحيث
ان سرعة النبض فى الاحوال الخفيفة تصل الى ١٠٠ ضربة فى الدقيقة
الواحدة والى ١٢٠ بل أزيد فى الاحوال الثقيلة وفى انتهاء الاسبوع
الاول يكون الطحال منتفخا عظيما وفى الاسبوع الثانى يكتسب الطفح
لونا مزرقا فان جميع الظواهر المرضية ترتقى ارتقاء عظيما فيصل نحو
وسط هذا الاسبوع أو انتهائه الى ارقى درجتها فحينئذ تلازم المرضى
الاستلقاء على ظهورهم مع بعض انطباق فى أعينهم وانقلاب ركبتيهم
نحو الوحشية واسترسال ايديهم بين الفخذين وبالجملة فانهم يكونون فى حالة
خدر تام يكادون لا يستيقظون منه و يتكلمون بما لا يعقل ويظهر على
سحنتهم حركات مختلفة و ينفشون بايديهم اغطية الفراش كندف
القطن ويجتهدون فى القيام من الفراش زمنا فزمنا غير مدركين لما حولهم
ولا متصورين لما يحيط بهم لكن عقولهم تتمادى على تصور الهذيان
والاشتغال التام به بدرجة متفاوتة ولا يتشكون بالعطش وان كان
لسانهم مغطى بالقشور الجافة أو المسودة اليابسة لكن عند اعطائهم الماء
واحساسهم بحو السكوبة بين شفتيهم يجتهدون فى الشرب مع الشراهة
وان لم يجد نفعا غالبا لاهتزاز اللسان أو تيبسه وعدم تحركه وعسر الازدراد
ويوجد على جناحى الانف طبقة دقيقة هبابية والاسنان واللثة تكونان
مغطاتين بطبقة عجينية لزجة و بفسادها تتصاعد رائحة منتنة من الفم
والجلد يكون مغطى غالبا عند كثير من المرضى ببقع نمشية أو بحو يصلات
دخنية وتوجد عند آخرين ظواهر التهاب رئوى أو هبوط رئوى عند وعند
آخرين اعراض الالتهاب النكفى و يمكن ان يحتوى البول على مواد

زلالية ثم ان هذه الظواهر مع الاضطراب العام الثقيل واضطراب المجموع العصبى الشديد وظواهر الالتهاب الرئوى والهبوط الرئوى أوالنكفى يمكن مشاهدتها فى كثير من احوال التيفوس الطفحى الذى يكون انتهاؤه حميدا وهذا الامر مهم المعرفة حتى لا يبالغ الطبيب فى خطر هذا المرض وترتقى الحمى فى جميع الاحوال فى ابتداء الاسبوع الاول سواء حصل انحطاط فى اليوم السابع أولا وفى الاحوال الخفيفة لا يستمر هذا الارتقاء الا أياما قلائل ولا يصل الى درجة شديدة جدا بخلاف الاحوال الثقيلة فان الارتقاء يستمر الى نحو انتهاء الاسبوع الثانى بل الى اليوم السادس عشر والسابع عشر بحيث يبلغ الارتقاء الى أقصى الدرجات (اعنى الى ٤٣ وأزيد) وضربات القلب اذ ذاك لا تكون مرتقية الى درجة عظيمة بل الغالب ان تكون ضعيفة ولذلك لا يحس بالغاط القلب مع الوضوح والقوة بل تكون واهية غير نقية ويكون النبض صغيرا غير واضح والدورة فى أعلى درجة من البطء بحيث ان الاجزاء التى تكون بعيدة عن مركزها توافق حرارتها درجة حرارة الاوساط المحيطة بها بحيث تظهر الايدى والاقدام باردة وأما الجذع فان حرارته تكون لذاعه

وأما الدور الثالث للتيفوس الطفحى المعبر عنه بدور البحران فانه يبتدئ على الدوام فى الايام الاخيرة من الاسبوع الثانى ولا يتأخر الى الايام الاخيرة من الاسبوع الثالث الا فى الاحوال الثقيلة جدا ومن الغريب الذى لا يمكن تصوره الا بالمشاهدة معرفة الانتقال العجيب للظواهر المرضية فى هذا المرض التى تحصل فى ليلة واحدة متى ابتداء دور البحران فان المرضى يطرأ عليهم بعد ثوران جميع الظواهر المرضية ثورانا عظيما نوم عميق طويل تستيقظ منه مع سلامة القوى العقلية والادراك لكنها لا تتذكر ما حصل لها من ثقل المرض فى الايام الاخيرة وفى اثناء هذا النوم البحرانى العميق تهبط حرارة الجسم زيادة عن درجتين وتتناقص سرعة النبض زيادة عن ٢٠ أو ٣٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة وفى الاحوال الجيدة يعقب زوال الحمى النقاهة حالا فيكثر نوم المرضى ويكون ادراكهم عند التيقظ مكدرا قليلا وفى بعض الاحوال يبقى معهم حالة البله مدة

طويلة

طويلة وتنفصل الطبقة الوسخة المغطية للاسنان واللسان فيصير رطبا وتعود الشهية ويخرج بالسعال الخفيف نفث نضيج ويأخذ الجلد فى التفلس بعد زوال الطفح الوردى الذى كان منتشرا عليه وكذا البقع النمشية يبهت لونها شيأ فشيأ ويهبط كل من حرارة الجسم وسرعة النبض الى درجة الحالة الطبيعية أو أزيد ويتناقص حجم الطحال ومع ذلك فلا يكون للمريض قدرة على ترك الفراش والمشى الا بعد بعض أسابيع ولو فى الاحوال الجيدة جدا وفى أغلب الاحوال يعود انتظام القوى العقلية وقوتها ببطء زيادة عن قوة الجسم

ثم ان دور البحران لا يعقب النقاهة حالا بدون اضطرابات اخرى فى جميع الاحوال بل انه فى الغالب يعقب التغير التيفوسى امراض تابعية تنشأ اما عن شدة الحمى أو اضطراب التنفس أو الحرمان المستطيل من الاغذية أو امتصاص بعض الارتشاحات وغيرها من الامور المضرة غير المعلومة التى تحصل فى أثناء سير هذا المرض والذى يثبت حصول الامراض التابعية بهذه المثابة هو كونها تحصل بعد انتهاء سير التيفوس الثقيل المستطيل والحمى النفاسية والهيضة وغيرها من الامراض العامة الثقيلة التى تحدث اضطرابا قويا فى البنية فبعض المرضى تطرأ عليه الحمى ثانيا بدون ان يوجد تغير التهابى فى عضو ما من الاعضاء وحينئذ تهلك المرضى بظواهر النهوكة العظيمة جدا فان قواهم التى ضعفت بالمرض تنتهك بسرعة وفى آخرين من المرضى قد تظهر التهابات وتقيحات ممتدة فى الحكفة وفى غيرهم التهابات رئوية أو بلوراوية أو التهابات دفتيرية أو جرابية فى المعاء وفى آخرين يظهر طفح دملى غزير أو بثور اكتيماوية أو خراجات عظيمة فى المنسوج الخلوى تحت الجلد وبين العضلات وكثير من المرضى من تكون حياته فى خطر عظيم اما ببطء شفاء الغنغرينا الوضعية أو الامتصاص الصديدى وفى انتهاء الامر لا يندر تكون سدد ذاتية فى الاوردة الفخذية ونتايجها التى تعقبها

ثم ان الانتهاء الاكثر حصولا فى التيفوس الطفحى هو الشفاء لاسيما فى الاوبئة غير الشديدة جدا وما كان يعلم من التجارب من ان الانتهاء بالموت نادر كما يزعمه كثير من الاطباء غير الممارسين لشدة الظواهر المرضية يسهل

توجيهه بكون مدة الامراض الدورية في الغالب تكون قصيرة فان الجسم لا يمكنه تحمل هذا المرض المصحوب بدرجة حمى شديدة زمنا طويلا بدون أن تنتهك قواه وما قلناه من النظريات المعول عليها بان خطر الامراض التيفيمية ينشأ ولابد من ارتقاء درجة الحرارة فيها ارتقاء ينتج عنه شلل عمومى لا تستمر معه الحياة صارت تقويته بالتجارب العديدة التى فعلها المعلم وندرلش فى وباء خفيف شاهده فانه لا يكاد يحصل الموت فى الاحوال المهلكة فى اثناء شدة ارتقاء درجة الحرارة بل ان جميع المرضى الذين تجاوزت درجة حرارتهم ٤٢ هلكوا جميعا بحيث شوهد فى الاربعة عشر الذين هلكوا فى هذا الوباء القليل الشدة خمسة منهم ارتقت حرارتهم الى درجة لا تطاق بخلاف الذين لم تجاوز درجة حرارتهم ٤٠ فلم يهلك منهم أحد

وزيادة على ذلك يرتقى خطر هذا المرض بواسطة الالتهاب الشعبى الشعرى والالتهاب الرئوى وهبوط الرية و بعض الاشخاص تهلك من امراض تابعية أو أنزفة مهلكة أو غنغرينا فى بعض الاجزاء كارنبة الانف واصابع اليدين والرجلين والغنغرينا الرئويه وغيرها من الظواهر المرضية الواصفة لما كان يسمى أولا بالحميات العفنة التى تنتشر انتشارا وبائيا عظيما وكان يهلك منها عدد عظيم من الاشخاص

وبالجملة فلنذكر بعض اشكال خفيفة من التيفوس الطفحى المسماة بالاشكال الاجهاضية قد شاهدتها بمارستان بجد بمرع مطابقة بالكلية للمشاهدات التى حصلت فى الوباء الذى انتشر سنة ١٨٤٣ وسنة ١٨٤٨ فى براج وجميع من اصيب بهذا المرض كانت عدواه بالملامسة للمصابين بالتيفوس الطفحى أو القرب منهم فكانت شكوى هؤلاء المرضى بقشعريرة وهبوط ودوار فى الرأس وألم فى الجبهة وتكسر فى الاطراف وفقد فى الشهية وغير ذلك من الظواهر التى تشاهد فى دور تفريخ التيفوس الطفحى ثم اعقبها حرارة شديدة مستمرة وسرعة عظيمة فى النبض وانحطاط قوى واضطراب فى النوم منزعج باحلام رديئة وبعض المرضى يظهر عندهم هذيان وانضم لذلك ظواهر نزلية فالاعين المحتقنة كانت فى حالة فزع من الضوء وغشا الانف

المخاطى كان جافا و ينسد الانف وكان يحصل للمريض سعال شديد تنقذف به مواد مخاطية لزجة وكان يشاهد فى هذه الاحوال الطفح الورى وتمدد الطحال وبالجملة فلم يكن عندنا أدنى شك بان المرض المبتدى هو التيفوس الطفحى غير ان هاتين العلامتين لم تكونا مستمرتين بل فى انتهاء الاسبوع الاول يزول الاضطراب العام والحمى وباقى الظواهر النزلية فتبتدأ النقاهة وتعود المرضى الى حالتهم الصحية ببطء بحيث يمكنهم ترك الفراش فى انتهاء الاسبوع الثانى

﴿المعالجة﴾

المعالجة الواقية من التيفوس الطفحى اعظم نجاحا وفائدة عما فى غير هذا المرض من الامراض المعدية الوبائية فان عزل المرضى السريع التام عن الاصحاء من ابتداء ظهور الاحوال الابتدائية لهذا المرض يمكن به انقاذ أمة بتمامها من الهلاك وحينئذ فليس ثم أمر أكبر فائدة تقع من الطبيب غير اجراء الاصول الصحية بالعزل والتبخير لاجل منع انتشار هذا المرض السريع العدوى والانتشار

وليس عندنا وسائط علاجية بها يمكن تنقيص مدة التيفوس الطفحى أو ايقافه فلذا نقتصر هنا على معالجة عرضية وحيث ان هذه المعالجة تفعل لاجل مقاومة الظواهر المرضية التى تخاطر بحياة المرضى لاسيما الحمى وان مقاومة الحمى هى المهم جدا فى معالجة التيفوس البطنى فنحيل ذلك على المبحث الآتى كما اننا نذكر هناك الوسائط العلاجية التى تقاوم ارتقاء الظواهر النزلية للاعضاء التنفسية والانحطاط الشديد والغنغر ينا الوضعية وغيرها من الظواهر المرضية الخطرة فان الاخطار المذكورة تحصل بعينها فى التيفوس البطنى وتستدعى نفس الوسائط التى سنذكرها فى مبحثه

﴿المبحث الثامن﴾

(فى التيفوس البطنى المعروف بالحمى التيفويدية)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

لا يعوّل على الرأى القائل بان التيفوس الطفحى شكل مرض تيفوسى بسيط

البطني مركب وكل منهما ناتج عن أصل مرضى واحد لكنه فيه ينضم للتغيرات التي تعترى الدم في التيفوس الطفحي تغيرات في اعضاء أخرى لها ارتباط تام بتكوين الدم وهي الغدد اللمفاوية والمسارايقيه فانسلنا وان لم ننكر انه يوجد بعض مشابهة بين الظواهر المرضية للتيفوس البطني والطفحي لكن لا يسوغ لنا من هذه الحيثية التي ليست أعظم من مشابهة اعراض التيفوس الطفحي لاعراض الحصبة المصحوبة بحالة تيفوسية الحكم باتحاد تغيرات الدم في كلا هذين الشكلين من الامراض التيفوسية وان السم الذي يحدث التيفوس الطفحي والبطني متماثل الطبيعة كما لا يعول على الرأى القائل ان التيفوس البطني درجة عظيمة عالية من التسمم بالسم التيفوسي والتيفوس الطفحي درجة قليلة واهية فانه قد شوهدت أوبئة من هذا الاخير اشد خطرا من الاول وان الاحوال الخفيفة من أوبئة التيفوس الطفحي تكاد تكون شديدة الظواهر المرضية فيه سيما شدة الحمى والاصابات المختلفة أعظم منها في البطني ومن المعلوم ان المصابين بالجدري كثيرا ما يعدون غيرهم بالجدري والعكس وذلك يثبت أكيدا تماثل السم فيهما وأن المرضى المصابين بالتيفوس الطفحي لا تعدى الغير الا بهذا الداء نفسه لا البطني وذلك يثبت آكيدا عدم التماثل في سمهما وان طبيعتهما مختلفة ولو تشابهت اعراضهما واذا كان التشابه بين الحصبة والقرمزية فلا بد وان يكون من المعلوم ان العدوى بالسم الحصبي لا تحدث مطلقا القرمزية وهذا دليل كاف على عدم التماثل وليسا درجة متفاوتة في الاصابة لمرض واحد وليس القصد مما ذكرناه انكار ما هو قريب للعقل من ان السمين التيفوسيين يقربان من بعضهما كالحصبي والقرمزي فان تشابهما المحدث للبطني والطفحي يثبت من مشابهة تأثيرهما اعني من مشابهة الاعراض المرضية ومن الشروط المعينة على ظهور أحدهما وسيتضح ذلك مما سيأتي

ومن الواضح ان التيفوس البطني ينتشر كالطفحي بطريق العدوى والميازما معا يعني ان الجرثومة المرضية المحدثة للتيفوس البطني تتكون داخل الجسم المصاب كما تتكون خارجه عند اجتماع الشروط المعينة على ذلك وبهذا

يحصل

يحصل الانتشار وان لم يمكنى اثبات ذلك على وجه التحقيق الا اننى انكر القول المستحدث بأن التيفوس البطنى لا ينتشر الا بمجرد العدوى فقط لان ذلك بعيد عن العقل

والاصل المعدى فى التيفوس البطنى ليس قويا جدا كاصل التيفوس الطفحى ومن المقطوع به ان أصل التيفوس البطنى المعدى يتشبث بفضلات المريض وان الاشخاص المعرضين للتصاعدات الآتية من المواد البرازية التيفوسية هم اكثر عرضة للعدوى بهذا الداء وأما الامر المشكوك فيه فهو ان التصاعدات الجلدية والغازات المتصاعدة من جسم المريض (التى هى حاملة للاصل المعدى فى التيفوس الطفحى بلا شك وليست حاملة له قطعا فى الهيضة) لا تكون كافية فى سريان التيفوس البطنى وانتشاره ويندر اصابة خدما المرضى والاطبا بالتيفوس البطنى وان حصل ذلك يكون الامر منبهما لا يعلم هل الاصابة من التصعدات الآتية من المواد البرازية أو من جسم المريض وعلى كل حال فالاوانى التى تلقى فيها المواد البرازية للمرضى نحو القصارى والمراحيض تكون أشد خطرا من مخالطة المرضى وملامستها

والذى يؤيد ظهور هذا المرض ظهورا ميازماتيا الاحوال التى فيها يظهر التيفوس البطنى فى بقاع بعيدة عن مخالطة الادميين والتى لم يظهر فيها هذا المرض من منذ سنين ولا يكون هناك ادنى توهم فى سريان الاصل المعدى لهذا المرض فيها ومتى لم يعتبر من القواعد العمومية ان المرض الميازماتى معدم مطلقا فلا حاجة للالتجاء الى نظريات غير واضحة توجه بها الاحوال المذكورة التوجيه البسيط القريب للعقل فى مثل هذه الاحوال بان الجسمات الالية الدنية التى تعتبر جرثومة للتيفوس البطنى لا توجد فقط فى جسم المرضى وفضلاتهم البرازية بل توجد خارجة عنها أيضا وتكثر وتزداد متى اجتمعت الشروط المعينة على ذلك - ثم ان الامور المعينة على ظهور جرثومة التيفوس البطنى وازديادها معلومة لنا نوعا وذلك انه يمكن اثبات حصول التيفوس البطنى حصولا ذاتيا مكونا لاوبئة خفيفة قاصرة على بعض الاماكن فى البقاع التى يوجد فيها كمية عظيمة من جواهر حيوانية

أخذة فى التعفن ودخول جرثومة هذا المرض فى الجسم بظهر انه يتم بواسطة الرئتين أى بدخول الهواء المحمل بها ومع ذلك فقد توجد أمثلة تدل على اصابة جميع الاشخاص بالتيفوس البطنى عقب شرب من ينبوع مياه متصل بمستودع أحد المراحيض وأما ازدراد تلك الجرثومة ووصولها فى القناة الهضمية مع بعض اللحوم العفنة فامر مشكوك فيه

ومما يعسر الوقوف على حقيقته واثباته كون التيفوس البطنى المنتشر فى المدن العظيمة هل منشاؤه ميازماتى أو من العدوى فانه فى مثل هذه المدن تكون شروط تكوّن جرثومة هذا المرض وازديادها تكونا ذاتيا وسريانها أيضا بواسطة فضلات المرضى البرازية فى غاية الوضوح فانه يوجد فى أرض المدن العظيمة جواهر حيوانية آخذة فى الفساد والتعفن بكمية عظيمة فقد اثبت المعلم يتنكفر وبرهن على انه يلزم لازالة الفضلات البرازيه لمدينة مونيخ مثلا مائة وخمسون عربة لاجل حمل البراز المتحصل من أهاليها مع انه بكاد لايخرج منها كل يوم الاعشرة عربات بحيث ان سبعة أثمان هذه المواد البرازية يبقى متخللا باقيا بارضها فتتشرب منها - وسيتضح لنا فيما بعد ان عدد الاصابة بالحميات الاجامية فى بقعة من البقاع المنتشر فيها السم الاجامى يزيد وينقص بحسب ازدياد المياه الراكدة ونقصها وان تعفن الجواهر النباتية وتكوّن جرثومة الحميات المتقطعة منوطة بها كثرة وقلة (اعنى السم الاجامى) وكذلك من الثابت بالتجارب ان عدد الاحوال التيفوسية فى بقعة من البقاع المتسلطن فيها هذا المرض يزيد وينقص بحسب ازدياد رطوبة الارض ونقصها ويسهل توجيه ذلك بأن بعض درجات الرطوبة الارضية تكون مساعدة أوغير مساعدة فى تعفن الجواهر الحيوانية المنوط بها كثرة نمو الجرثومة التيفوسية أوقلتها فقد شوهد كثيرا ان تجفيف أرض رطبة تجفيفا فجائيا بنزول مياهها الاصلية المتخللة بها يترتب عليه ازدياد الامراض التيفوسيه وهذا أمر سهل التوجيه يستنتج منه ان ازدياد عدد الاحوال التيفوسية وتناقصه متعلق بانخفاض المياه الاصلية الارضية أوعلوها فانه بانخفاض هذه المياه يسهل تعفن البقايا الحيوية التى احتوت عليها الارض لانها صارت عرضة للهواء بخلاف

صعودها

صعودها تيك المياه فانه يزيل تعفن تلك المواد لكونها تكمن فى باطنها ومع ذلك فليس هذا مطردا فى جميع المدن واغلب أوبئة التيفوس تبتدئ فى ابتداء حرارة الصيف أو بعدها أعنى فى الزمن الذى يمتد ويغور فيه الجفاف الى باطن الارض المتشبعة بقايا حيوية ومع ذلك فكثير من الاوبئة ما يمكث زيادة عن فصل الصيف الحار بكثير بل وبعض الاوبئة يظهر أنه غير متعلق بالحرارة ولا بالجفاف فيبتدئ فى فصل الخريف بل وفى الشتاء وأوبئة التيفوس لا تكون على العموم كثيرة الامتداد ففى الغالب تكون قاصرة على بعض القرى أوجزء مدنية بل وبعض بيوت منها وتكون جرثومة هذا المرض حينئذ فى ماء بعض الينابيع أو التصاعدات الارضية او بعض المراحيض

ثم ان الاستعداد للتأثر من السم التيفوسى يختلف باختلاف الاشخاص ومن المهم معرفته ان الاشخاص الذين مكثوا زمنا طويلا فى محال متسلطن فيها هذا المرض لا يصابون عند انتشاره فيها بكثرة ويكونون أقل مصابا من غيرهم اعنى الذين قدموا الى تلك المحال عن قريب وذلك معلوم فى باقى الامراض التسممية العامة ومن البعيد على العقل نسبة هذه الظاهرة فى مثل هذه الاحوال الى قلة استعداد الاشخاص الاولين وكثرة استعداد الآخرين فانه بعد غيابهم عن هذه البقاع مدة مديدة وعودهم اليها ثانيا يساوون غيرهم فى الاستعداد فالذى يقرب للعقل ان هذه الظاهرة مبنية على نوع تعود تدريجى على السم التيفوسى ولو لم يمكن ادراك ذلك وتوجيهه -

ثم انه بالنسبة لقابلية التأثر من السم التيفوسى قد دلت التقاويم الطبية بالنسبة لتأثير السن والنوع واحوال المعيشة المختلفة والبنية على ان الاطفال والشيوخ يندر اصابتهم بالتيفوس البطنى والمستعدين له بكثرة هم المتوسطون فى سن الحياة والرجال أكثر اصابة من النساء وأقويا البنية ذوو التغذية الجيدة أكثر من ضعفائها ذوى التغذية الرديئة والفقراء أكثر من الاغنياء وصيانة المصابين بالدرن الرئوى عن الاصابة بالتيفوس البطنى ليست مطردة ومع ذلك يندر اصابة المصابين بالدرن الرئوى بهذا المرض ومثل ذلك يقال فى التولدات السرطانية وامراض القلب وغيرها

من امراض المزمنة أو الحادة وحالة الحمل والرضاع بالنسبة للنساء وأما النفاس فانه يقي من هذا المرض مطلقا والاصابة به مرة تطفي الاستعداد للاصابة ثانيا الا في أحوال استثنائية ثم ان التيفوس البطني قد انتشر في هذا القرن الاخير من منذ ثلاثين سنة انتشارا عظيما وصار في هذه المدة التيفوس الطفحي نادرا وكاد الاول ان يعم أوربا ما عدا بعض البلاد التي سبق ذكرها في المبحث السابق وصار الآن هو النوع التيفوسي المتسلطن فيشاهد في شمال أوربا أعني الروسيا والدانيمارقه ومركز أوربا سيما المانيا وفرانسا والبلاد الواطية أي هولانده وسويسره كما انه يشاهد في جنوب أوربا أيضا كايطاليا وغيرها ولا يندران يوجد في الشام والممالك الاسيوية من الدولة العثمانية (ويندر وجوده بمصر) واما في الجزاير البريتانية أعني في انكلترة فالمتسلطن فيها هو الطفحي ومع ذلك يوجد معه احوال عديدة من التيفوس البطني لا سيما في القرى العظيمة وفي بلاد السواحل التي لم يأت لها عدد عظيم من مهاجري ارلنده كما ذكره هرش وجرسنجر

(الصفات التشريحية)

من الجيد تبعا للمعلم هامرنيش ان نتكلم على نتائج الصفات التشريحية التي تظهر ان حصل الموت في الاسبوع الاول من هذا المرض أعني قبل انتهاء سير التغير التيفوسي ثم نتكلم على التغيرات التي تظهر في الجثة متى حصل الموت فيما بعد أعني مدة ما تكون التغيرات التي حصلت من التيفوس نفسه أخذة في التقهقر نحو الشفاء فنقول

جثة الهالكين من التيفوس في الاسبوع الاول فانها تظهر في حالة نحافة عظيمة وتيبس رمي واضح جدا وفي الاصفار المنحدرة من الجسم يوجد احتقانات انحدارية واضحة ويوجد احيانا في قسم الجزء ابتداء تكون الغنغرينا الوضعية وكثيرا ما تظهر الخياشيم ترابية والاسنان واللثة مغطاة بطبقة سوداء ويوجد على الجلد طفح دخني غزير وعند فتح الجثة يشاهد الدم احمر داكنا والعضلات جافة يابسة والدم الكائن في القلب والاوعية الغليظة يظهر كثيفا قاتما يحتوي على قليل من المواد المنعقدة قليلة التماسك

حمراء مسودة و يندر احتواءه على تعقدات ليفية فاقدة اللون بالكلية ولم يدلنا
البحث الكيماوى ولا المكرسكوبى الذى فعل الى وقتنا هذا على تغيرات مهمة
بالنسبة لدم المصابين بالتيفوس تكون ناتجة عن التسمم بالسم التيفوسى بلا
واسطة فان تناقص المادة الليفية يشاهد فى غير هذا المرض من الامراض
التسممية واما تزايد الكرات الدموية المتعلق بهما بالا كثر اللون القاتم
فى الدم فالظاهر انه نسبى فقط ناشئ عن تكاثف الدم بسبب ازدياد حركة
التبخير الحمى وفقد كمية عظيمة من مائية الدم عند وجود اسهال غزير وان
استطالت مدة التغير التيفوسى حصل اضمحلال عظيم فى كتلة الدم فيصير
قليل المادة الزلالية والكرات الدموية - وكل من الدماغ والنخاع
الشوكى لا يظهر فيه تغيرات تشريحية قارة بنسبة الاضطرابات الوظيفية
التى شوهدت مدة الحياة فان كلا منهما يحتوى تارة على كمية عظيمة من الدم
وتارة على كمية قليلة منه وقد يكون قوام كل منهما متناقصا وفى جميع الاحوال
لابد وان توجد تغيرات قارة فى المسالك التنفسية والاعضاء التنفسية
أيضا اما القرحة التيفوسية الحنجرية التى سبق ذكرها (فى الجزء الاول) فلا
يندر وجودها فى كثير من الاوبئة وكذا يوجد من الظواهر القارة
علامات الالتهاب النزلى الشعبى الممتدة الى الفروع الشعبية الدقيقة مع
احمرار فى الغشاء المخاطى وتغطيته بمادة مخاطية لزجة قليلة و يظهر فى
المحل المنحدر من الرئتين تغيرات انحدارية كثيرة الامتداد أو قليلته
كالاحتقان الانحدارى الشديد مع انتفاخ الحواجز بين الخلايا الرئوية
وتكاثف جوهر الرئة تبعا لذلك (ويعرف ذلك بتطحل الرئة) وتارة اخرى
اوذيما انحدارية أو ما يسمى بالالتهاب الرئوى الانحدارى (كما تقدم ذلك فى
امراض الرئتين) وزيادة على ذلك توجد محال من الجوهر الرئوى
كثيرة الامتداد أو قليلته فى حالة اتيلكتازيا (أى هبوط رئوى) عقب
انسداد الفروع الشعبية الموصلة لها بسبب انتفاخ غشائها المخاطى وتجمع
الافراز فيها وقد توجد التهابات رئوية ليفية فصيصية أو فصية غير شاغلة
للاجزاء الاكثر انحدارا من الرئة فلا تكون متعلقة بتغير انحدارى وذلك عند
ارتقاء التغير التيفوسى الى أقصى درجة لكن الغالب وجودها بعد انتهاء

سيره والغدد الشبيهة تكون منتفخة كثيرة الدم ذات هيئة نخاعية احيانا كما سنشرح ذلك بالنسبة فى الغدد المسار يقية و يكون القلب رخوا وجوهره تارة منقعا وتارة ذا لون داكن أحمر وكل من الغشاء الباطن للقلب والاوعية الغليظة يكون فى حالة ارتشاح عظيم ذا لون أحمر متغير والطحال يكون متمددا تمددا عظيما بحيث يزيد حجمه عن الطبيعى من ثلاث مرات الى ستة وتكون محفظته متوترة توترا عظيما وجوهره لينا عجينيا ذا لون اسمر بنفسجى أو أسود محمر رخو ويندر أن تكون محفظته متمزقة فينسكب الدم من محل انفجاره فى تجويف البريتون وقاع كيس المعدة يوجد فيه اما أوعية وريدية عظيمة ممتلئة او يظهر غشاؤه المخاطى ذا لون محمر داكن رخو عقب احتقان الاوعية الشعرية الدقيقة أو ارتشاحه ارتشاحا رميا وأما التغيرات التشريحية المهمة التى سمى بها هذا المرض فتوجد فى المعاء الدقيق ولاسيما فى الغشاء المخاطى المعوى اللفائفى ونتبع فى شرح هذه التغيرات المعلم روكتنسكى الذى قسمها الى أربعة ادوار ففى الدور الاول اعنى دور الاحتقان يكون الغشاء المخاطى للمعى الدقيق مجلسا لاحتقان وريدى عظيم يظهر منتفخا مسترخيا متغير اللون مغطى بمواد مخاطية واخلية بشرية وهذا التغير وان كان عاما لجميع الغشاء المخاطى للمعى الدقيق الا انه يكون أكثر اتضاحا فى جزئه السفلى بقرب صمام بوهين والغدد المسار يقية تكون منتفخة انتفاخا قليلا رخوة كثيرة الدم ذات لون مسمر وفى الدور الثانى وهو دور الارتشاح التيفوسى يتناقص كل من الاحمرار والانتفاخ العمومى للغشاء المخاطى و يتركز حول الغدد المتفرقة والمجتمعة لبير الكائنة فى الجزء السفلى من اللفائف فتحصل فى هذه الاجزاء تغيرات خاصة واصفة للتيفوس البطنى وهو ان الغدد المتفرقة والمجتمعة تنتفخ انتفاخا عظيما فى عدد كثير أو قليل منها بحيث انها تعلو على سطح الغشاء المخاطى المحيط بها بقدر نصف خط أو خط وهذه البروزات التى تكون عادة يابسة وذات لون سنجابى أو أصفر محمر تكون ذات حواف مفرطحة أو منقطعة باستقامة وتكون مرتكزة على الطبقة العضلية مثبتة بها مختلطة بالغشاء المخاطى المغشى لها اختلاطا تاما وحجم الغدد المتفرقة

المتفخة يكون من حبة الدخن الى العدسة وأما الغدد المجتمعة لبيير فانها تكون مكونة للطخ سعتها من القرش الفضة الى الريال وشكلها يكون بالاكثر بيضاويا وتختلط مع بعضها بقرب الصمام بحيث انها تكون شاغلة فى هذا المحل من المعى الى جزء معوى طوله جملة قراريط وعند شق هذه الغدد المنتفخة يظهر من هيئة الشق كان الغدد المعوية المريضة مرتشحة بمادة نخاعية رخوة سنجابية مبيضة أو حمراء باهتة ومع كونه قد علم فى العصر المتأخر أن التغير التيفوسى للغدد المعوية ليس عبارة عن ارتشاحها بمنتج لا شكل له بل عبارة عن ازدياد عظيم فى عناصرها الخلوية التى هى طبيعية لها فقد حفظ مع ذلك لفظ الارتشاح النخاعى للغدد المعوية الواصف لتغيرها و بقى استعماله ثم ان هذا التغير قد يمتد بعيدا عن حدود الغدد المعوية فيوجد أيضا فى المنسوج الخلوى للغشاء المخاطى المحيط بهذه الغدد ارتشاح نخاعى عبارة عن تكون جديد خلوى آت من جسيمات المنسوج الخلوى الطبيعى كما قاله (ورچوف) والغدد المساريقية فى هذا الدور تكون منتفخة وحجمها من الفولة الى الجوزة ولونها يكون سنجابيا محمرا ومنسوجها ذا مقاومة عظيمة وأما الدور الثالث الذى سماه روكتنسكى بدور الرخاوة واللين والانفصال فالتغيرات التى تشاهد فيه فى الغدد المريضة تغاير بعضها تغايرا عظيما فى الاحوال المختلفة فانه لا يندر أن يتقهقر هذا التغير بدون ان يحصل فساد فى جدر الجراب المعوى والغشاء المخاطى المغشى له فيزول انتفاخ الغدد المعوية و يمتص متحصلها بعد زوال العناصر الخلوية باستحالتها الى مادة شحمية وهذه الاحوال هى التى تطابق ما يسمى بالاشكال الخفيفة من التيفوس البطنى (أى الاشكال الاجهاضية) وفى احوال اخرى تستحيل الطبقة المغطية للجراب المعوى الى خشكريشة جافة هشة متلونة بلون أصفر بواسطة المواد البرازية وتكوّن الخشكريشة بهذه الكيفية قد يمتد الى جميع اللطخ المعوية بحيث يشابهها فى العظم والشكل وتارة يبقى تكون الخشكريشة قاصرا على جزء من الغشاء المخاطى المغشى للاجربة وحينئذ يكون شكلها غير منتظم زوايا مستديرا وبالجملة فقد تتفجر الاجربة فى احوال

اخرى متكون فيها الطخ پيير بدون ان تستحيل الطبقة المغطية لها الى خشكريشة وينصب متحصلها الى الخارج وفى مثل هذه الاحوال يكتسب السطح الظاهر من اللدغ هيئة مخصوصة مثقبة أوشبكية (وهذا مايسمى باللطخ ذوات السطح الشبكى) والغدد المساريقية فى هذا الدور يكون انتفاخها عظيما جدا بحيث ان بعضها يصل الى حجم بيضة الحمامة أوالدجاجة وغلافها يكون ذالون مزرق أواسمر محمر وأماجوهرها فانه يكون ذاهيئة نخاعية سنجابية محمرة وأما الدور الرابع وهو دور التقرح ففيه تنفصل الخشكريشة المتكونة على اللطخ والغدد المتفرقة من الغدد الكائنة أسفل منها أوعقب تلاشيها فيخلف ذلك فقد جوهر وهو المعبر عنه بالقرحة التيفوسية وقد وصف المعلم روكتنسكى هذه القرحة التيفوسية بأن شكلها يكون امامستديرا أو بيضاويا وذلك على حسب كونها اعقبت تقرح جراب متفرق معوى أولطخ پيير أو يكون شكلها غير منتظم مشرزم فيما اذا كان تكون الخشكريشة حصل بكيفية جزئية على سطح لطخ پيير وعظمها يختلف فيكون امامن حجم حبة الدخن والعدسة الى عظم الريال ومجلسها الجزء السفلى من المعى الدقيقة والقروح المتخلفة عن لطخ پيير يكون مجلسها بالطبيعة موازيا لمحل اندغام المساريقا والقطر الطولى للقروح البيضاوية يكون على اتجاه القطر الطولى للمعى وحافة القرحة تكون متكونة من دائرة الغشاء المخاطى وهذه تكون منفصلة عن قاع القرحة بقدر خط محمر كثيرا عليه وذات احمرار مزرق يصير فيما بعد سنجابيا ترابيا وقاع القرحة يكون متكونا من طبقة رقيقة من المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى ومغطية للطبقة العضلية والغدد المساريقية يبتدئ انتفاخها فى التناقص عقب انفصال الخشكريشة الا انها تبقى عظيمة الحجم زيادة عن الحالة الطبيعية مدة من الزمن ثم انه يوجد زيادة عن هذه التغيرات الاعتيادية المذكورة التى تحصل فى الغشاء المخاطى اختلافات عديدة نذكر الرئيس منها بالاختصار فمنها احتقان الغشاء المخاطى وهو قد يرتقى فى الدور الثانى او الثالث الى درجة عظيمة جدا أعلى الغدد المنتفخة وحولها فيصير الغشاء المخاطى ذالون أحمر مسمر وعليه بقعا كموزية والادغ التيفوسية تظهر

اسفنجية كثيرة الدم كانها تولدات بوليبوسية ومتحصل المعى يكون مختلطا
بكمية عظيمة من الدم ومنها تثقب المعى وهو عارض خطر يحصل فى الدور
الثالث اعنى دور انفصال الخشكريشة وذلك يحصل بالكيفية الآتية
وهو ان الجزء المغطى للاجربة من الغشاء المخاطى ليس هو الذى يقع فى
التنكرز والموت فقط بل كذلك الاجزاء المقابلة له من الطبقة العضلية
والمصلية وهذا التثقب يعقب بالتهاب بريتونى شديد جدا وقد تحصل
التهابات بريتونية خفيفة فى أثناء سير هذا المرض بدون تثقب معوى
ويختلف أيضا امتداد التغير التيفوسى فى الغشاء المخاطى فتارة لا يكون
مصابا به الا قليل من الغدد البيرية وبعض الاجربة المتفرقة وتارة
يكون المعى اللفائفى مصابا به فى جميع اجزائه وفى مثل هذه الاحوال تكون
شدة التغير المرضى متركزة نحو الصمام اللفائفى الاعورى زيادة عما يحصل
فى الاجزاء العليا من المعا وفى بعض الاحوال تكون التغيرات المعوية على
ادوار مختلفة بحيث يلتجأ الى القول بحصول دفعات من تغيرات تيفوسية
جديدة ولا يندر ان يصيب القولون التغير المرضى التيفوسى (ويسمى
بالتيفوس القولونى) وحينئذ يعترى الاجربة المتفرقة للقولون عين
التغيرات التى تحصل فى الغدد المتفرقة فى المعا الدقيق ويمكن ان يمتد
التغير التيفوسى الى المعا الصايم والجزء البوابى من المعدة (ويسمى هذا
بالتيفوس المعدى) وحينئذ تصاب تارة الغدد المتفرقة وتارة محال من
الغشاء المخاطى الموازية لثنياته

والصفات التشريحية فى مثل هذه الاحوال التى يحصل فيها الموت بعد انتهاء
سير التغير التيفوسى فى أثناء التحام القروح المعوية وزوال متحصلات
التغيرات التيفوسية الاخرى تخالف غيرها بالكلية من الصفات
التشريحية التى سبقت ولا نقتصر هنا على شرح التغيرات التى تسبق
التحام القروح بل نذكر أيضا مع الاختصار ما يوجد من التغيرات فى باقى
الاعضاء سيما وانه فى هذا الدور قد تشاهد تغيرات تشريحية فى بعض الاعضاء
لا توجد فى الاسبوع الاول من هذا المرض فى جثة الهالكين بل فى الاسبوع
الثالث أو الرابع من التيفوس أو فى زمن متأخر عن ذلك فتكون المرضى فى

حالة نهوكة عظيمة ولون الجلد باهتا وتيبسها الرمى قليلا والاحتقانات الانحدارية اذا كانت الانيميا متقدمة تقدما عظيما قليلة أيضا وأما كل من الاسنان واللثة فيكون مغطى بطبقة مسودة وتوجد غر يناموضعية فى جزء عجزوالمدور بين العظمين والمرفقين وهى عبارة عن فساد فى الجلد وفى باقى الاجزاء الرخوة حتى يصل احيانا الى العظام وفى كثير من الاحوال يوجد فى الاطراف السفلى أوذيما خفيفة وان كان أحد الشرايين الفخذية منسدا بسدادة دموية ذاتية كان انتفاخ الطرف المسامت لذلك عظيما جدا وكثيرا ما توجد لطخ غشية و بعض حويصلات دخنية و بثرات اكتماوية واحيانا توجد خراجات فى المنسوج الخلوى تحت الجلد وبين العضلات اواورام تكفية ممتدة - وعند فتح الجثة لاتظهر العضلات محمرة بل باهتة ويفقد الدم المنحصر فى القلب والاوعية الغليظة لونه القاتم ويكون مائعا ولا يندر ان يكون محتويا على مواد ليفية بكثرة اذا انضم للتيفوس التهاب احد الاعضاء - ولون الدماغ يكون باهتا وقوامه رخوا والنقط الدموية التى تسيل عند شقه تكون باهتة بحيث لاتخالف لون جوهر الدماغ المبيض مخالفة عظيمة كما فى الدور السابق - ويوجد فى الرئتين زيادة عن الاحتقانات الانحدارية التهابات رئوية فصيصية وفى تجويف البليورا احيانا نضح التهابى والقروح الحنجرية تزداد غورا بحيث تصل الى سمحاق الغضروف فتهتكه وفى احوال اخرى قد يوجد التهاب فى السمحاق الغضروفى الحنجرى بدون تقرحات فى الغشاء المخاطى وجوهر القلب يكون رخوا باهتا وكل من غشائه الباطن والطبقة الباطنة من الاوعية يكون مرتشحا - ويتناقص انتفاخ الطحال فتكون محفظته منثنية وجوهرها باهتا نوعا وكثيرا ما يحتوى هذا العضو على سدد دموية وكل من امتلاء الاوعية الغليظة والاحتقان الشعرى لقاع المعدة يزول بزوال انتفاخ الطحال والقروح المعوية تكون فى الاحوال التى حصل فيها الموت بضاعفات أخرى آخذة فى الالتحام أوالتحمت بالكلية وقد بين المعلم روكتنسكى شفاء القروح المعوية أوالتحامها بقوله ان دائرة الغشاء المخاطى المنفصل المكون لحافة القرحة تتقارب شيأ فشيأ من دائرة القرحة الى

مركزها

مركزها ثم تلتصق به وفى أثناء ذلك ينقص احتقانه وانتفاخه وتصير الطبقة الخلوية المغطية للطبقة العضلية فى قاع القرحة مبيضة اللون ثخينة ثم تستحيل الى وريقة مصلية يلتصق بها طرف حافة القرحة التصاقا غير مدرك ثم يمتد الغشاء المخاطى على هذه الوريقة المصلية شيأ فشيأ وكذا يمتد نحو مركز القرحة الا انه يسترق بسبب انجذابه وتمدده وعند ما تتلامس حوافى الغشاء المخاطى بعضها وتلتصق يكون التحام القرحة قد تم والندبة الالتحامية تكون انما جاخفيفا بسبب رقة الغشاء المخاطى وكثيرا ما تحتوى على أخلية بجمنتية كثيرة الملاسة زيادة عن الغشاء المخاطى المحيط بها وموشحة بقليل من الخمل والتئام القروح التيفوسية لا يؤدى مطلقا الى تضايق فى المعا ثم انه فى أثناء التحام القروح المعوية تعود الغدد المساريقية الى حجمها الاصلى الطبيعى بل لا يندر ان تضمر وتصير على هيئة جسيمات صغيرة سنجابية وبعضها يكابد الاستحالة الجبنية ثم يتكلس ولا يحصل شفاء القروح المعوية على الدوام بالكيفية التى ذكرناها فقد يتأخر شفاؤها ثم يتم وفى احوال اخرى يحصل فى حوافيها او قاعها تقرح يؤدى لتأكل أوعية دموية ونزيف معوى غزير أو تثقب فى المعا ويعسر علينا الحكم بان كان تثقب الطبقة المصلية فى القروح المعوية المنفجرة ناتجا عن تقيح جوهر الطبقة المذكورة أو تنكرزها أو عن تأكل الطبقة العضلية وتلاشيها أو انثقابها انثقابا ميخانيكيا والامر المعلوم من ان كلا من التباعد عن التدبير الصحى والمؤثرات الميخانيكية كانضغاط متحصل البطن عند القئ قد يسبق تثقب المعاء يظهر انه يدل على ان هذا التثقب للغشاء المصلى كثيرا ما يحصل بكيفية ميخانيكية وزيادة عن أثر التغيرات التيفوسية الحقيقية قد يوجد فى جثة الهالكين بهذا المرض فى ادواره الاخيرة تغيرات تشريحية لالتهابات غشائية أو دفتيرية خصوصا فى المعاء الغليظ وباقى اجزائه ومن النادر ان تمتد هذه التغيرات الاخيرة الى الحويصلة المرارية وبالجملة فلنذكر هنا أيضا انه قد يوجد التهاب كاوى كثير الامتداد أو قليله وسدد دموية ذاتية فى الاوردة

الاعراض والسير

قد يسبق الابتداء الواضح لهذا المرض فى كثير من الاحوال بظواهر مرضية غير ثابتة ولا محدودة تستمر جملة أيام بل اسابيع وهذه الظواهر وان لم يستدل منها على نوع هذا المرض فى ذلك الزمن الا انها مهمة فى التشخيص بعد اتضاحه لانها فى الحالة الراهنة تعين على تمييز التيفوس عن غيره من الامراض التى تحصل دفعة واحدة بدون ظواهر سابقة وذلك كالاحساس بتألم عمومى مع الكآبة والضعف العمومى والاسترخاء وفقد الشهية واضطراب الهضم والنوم بالاحلام المزعجة وكذا الاحساس بالم الرأس والدوار وآلام متحيرة فى الاطراف التى تعتبر رو ماتزمية وقد ينضم لذلك رعاف متكرر وتستمر هذه الظواهر بعض أيام او بعض اسابيع وابتداء هذا المرض الحقيقى يعتبر من الزمن الذى يحصل فيه فى اثناء سير الظواهر السابقة نوبة قشعريرة كثيرة الشدة او قليلتها وقد تكون هذه النوبة ابتداء وان ندرت شدتها مثل نوبة قشعريرة الحميات المتقطعة او القشعريرة التى يبتدئ بها الالتهاب الرئوى وفى هذه النوبة غالبا يفقد الارتعاش وصكيك الاسنان ومع ان نوبة القشعريرة كثيرا ما تتردد فقد توجد احوال مجردة عنها بالكلية ومن هذه الحيثية يتضح عدم الوقوف على ابتداء هذا المرض بالسؤال من المرضى سيما الذين لا يعتنون بحالة صحتهم بحيث لا يعلم ان كان المريض فى اليوم السابع من المرض أو الثامن أو الثالث عشر أو الرابع عشر الى غير ذلك ثم ان ادوار التغيرات التشريحية التى يحدثها التيفوس فى الغشاء المخاطى المعوى لا تكون مطابقة لادوار اكلينيكية واضحة بحيث يمكننا تمييز الظواهر المرضية التى تطابق دور الاحتقان ثم دور الارتشاح ثم تكوّن الخشكريشة ثم القروح المعوية تمييزا واضحا ووصف الصورة المرضية فى كل دور من ادوار التغير المعوى وكذا الزمن الذى يمضى من أول نوبة قشعريرة لا يرتكن اليه فى معرفة دور التغيرات التشريحية التى يكون عليها التغير التيفوسى فى الغشاء المخاطى المعوى وانما الذى يمكن القول به ان التغير التيفوسى

المعوى ينتهى فى ظرف ثلاثة أسابيع أو أربعة وان الظواهر المرضية التى لم تزل مع المريض تكون متعلقة بنتايج التقرح المعوى أو بالاصابات التابعية للتيفوس الحاصلة من التسمم التيفوسى بواسطة التغيرات الحاصلة فى الدم أو الاعضاء المتعددة ولذا ميز الطبيب همرنيش دورين للتغير التيفوسى كما ان المعلم فوجل ميزله نوعين أيضا من الاعراض وهما اعراض التسمم التيفوسى واعراض رد الفعل وكذلك المعلم جرسنجر ميز لهذا المرض دورين اولا وثانيا ونحن أيضا نقتفى أثر هؤلاء الاطباء ونجعل له قسمين من الظواهر المرضية وهما اعراض التغير التيفوسى واعراض تغيراته التابعية فالاولى تكون فى الاسابيع الثلاث أو الاربع الاول من هذا المرض والثانية فى زمن انتهاء سيره

فى الاسبوع الاول تصل حالة ضعف المريض وانحطاطه الى درجة عظيمة بحيث ان القليل من المرضى يمكنه ترك فراشه وتشتكى المرضى بألم فى الرأس كثير الشدة أو قليلها وغالبا يكون مجلس الالم الجبهة وتشتكى أيضا بالام فى الاطراف متنقلة وطنين فى الاذنين وشرر امام العينين ودوار يشتد عند جلوسهم فى فراشهم أو المشى ويكون نومهم غير منتظم مضطربا باحلام مزعجة بحيث يسمع منهم ألفاظ عالية أو جمل تامة وفى اثناء هذا الاسبوع يكونون متمتعين بالادراك فى أثناء اليقظة وان لم يلتفتوا لما يحيط بهم ولا يردون السؤال الا ببطء مع السآمة ويشتد العطش وتفقد الشهية ويكون طعم الفم عجينيا أو مرا بحيث ان كثيرا منهم يرغب فى تعاطى مقيئ توهما منه ان معدته فى حالة فساد واحيانا يحصل اسهال والغالب الامساك فى الايام الاول ثم فى انتهاء الاسبوع الاول يتردد اسهال جملة مرات فى اليوم تنقذف به مواد برازية امارخوة أو سائلة بالكلية وفى احوال اخرى يكون البطن فى حالة اعتقال جملة أيام بحيث ان غير المتمرن من الاطباء يفترق فى اعطاء المسهلات أو المقيئات التى هى فضلا عن كونها لا تثمر يكاد ينشأ عنها اسهال شديد يعسر ايقافه والاسهال الذى يحصل للمصابين بالتيفوس يكاد لا يصاحب دائما بمغص وكثيرا ما يطرأ فى الاسبوع الاول من التيفوس رعاف قليل متكرر يحصل به تلطيف فى

ألم الرأس وفى غالب الاحوال يوجد فيه سعال مصحوب بنفث مخاطى يدل
على حالة نزلية فى المسالك الهوائية التى يمكن اثباتها فى الاسبوع الاول
بالعلامات الطبيعية — وأول الظواهر المدركة تغير هيئة المريض
العامة فانه مادام مستلقيا فى فراشه يظهر وجهه متقدا سيما وجنتيه
وعند جلوسه أو وقوفه مدة من الزمن يظهر باهتا يستدل من هيئته على
الانحطاط ويندران يتغطى اللسان فى الايام الاول بطبقة سميكة ويكون
رطبا عريضا وعلى جانبيه ميازيب ناشئة من انطباع شكل الاسنان عليهما
وغالبا يكون مغطى بطبقة رقيقة مبيضة بشرية تبرز فيها بعض حلمات
على هيئة نقط محمرة مغطاة أيضا بطبقة لزجة من مواد مخاطية ويظهر
ضيقا مدببا فى طرفه وتنفصل الطبقة البشرية الرقيقة عادة شيأ فشيأ
فيصير اللسان محمرا رطبا املس مغطى بطبقة رقيقة تميل الى الجفاف وان
ظهرت هذه الطبقة ابتداء كثيفة ملتصقة به فان انفصالها التدريجى
يكون من الامام الى الخلف ومن الجانبين الى المركز بحيث ان الطبقة
البيضاء المصفرة تحاط بحافة محمرة عريضة من اللسان واحيانا يبتدئ
انفصالها من المركز بحيث يظهر فى مركز اللسان جزء احمر املس مائل
للجفاف محاط بهالة بيضاء مصفرة رطبة وكثيرا ما يكون هذا الجزء المركزى
عريضا من الامام ضيقا من الخلف بحيث يشاهد على سطح اللسان مثلث محمر
قاعدته نحو الامام وطرفه جهة الخلف محاط بالطبقة البيضاء المصفرة
المغطية لهذا العضو ومع هذا الاضطراب الغذائى المخصوص باللسان
وسطحه وتناقص الافراز الفمى فلم يمكن المعلم فوجل عند البحث
بالمكرسكوب عن الطبقة المغطية للسان ان يشاهد فيها تكونات مخصوصة
وبالبحث بالجس والقرع لا يمكن اثبات وجود تغير مرضى فى القلب ولا فى
الرئتين وأما بالبحث بالسمع فتسمع فى الايام الاول خراخر صفيرية أو شخيرية
مختلفة الامتداد تكون ناشئة عن حالة نزلية فى التفرعات الشعبية الرقيقة
وتتضح هذه الخراخر فى الايام الاخيرة من الاسبوع الاول والبطن
يكاد فى الايام الاول يكون على الدوام منتفخا متوترا شديد الحساسية
بالضغط عليه ولا يكون ازدياد الحساسية المذكورة بالضغط واضحا فى

الحفرة الاعورية فقط بل فيها وفى القسم السرى والشراسيفى من البطن
أيضا وعند الضغط على القسم اليمينى الحثلى يحس بلغط يشبه
البقلله كان له فى الزمن السابق أهمية عظيمة فى التشخيص ويسمى باللغط
الاعورى وتمدد الطحال فى انتهاء الاسبوع الاول يكون كثير الوضوح ووضع
هذا الطحال المتمدد يكون مستعرضا عادة ويندر ان يجاوز حافة الاضلاع
ويكون مندفعا الى أعلا والخلف نحو العمود الفقرى بواسطة المعى المتمددة
بالغازات ولذا كان من النادر الاحساس بالطحال بواسطة الجس بل
وفى الاحوال التى يمكن فيها ذلك لايمكن الاحساس بمحيط حافته السفلى
بسبب استرخاء جوهره لكن ان استلقى المريض على جهته اليمنى مع وضع
يده اليسرى على رأسه شوهد عند القرع على الاضلاع السفلى من
الجهة اليسرى اصمية طولها ستة قراريط وعرضها أربعة موازية للاضلاع
الثامن والتاسع والعاشر وممتدة الى الخلف جهة العمود الفقرى
وتمتد الى الامام نحو حافة الاضلاع و يندر ان تجاوزها ولا يمكن معرفة
تناقص هذه الاصمية وازديادها بقدر سنتيمتر واحد او نصف مع
التأكيد ولو بالغ فى ذلك بعض الاطباء المشهورين فى علم التشخيص
بالعلامات الطبيعية وكان تناقص هذه الاصمية أو ازديادها بمقدار قليل
غير مشكوك فيه وعلى الطبيب ان يلتفت الى كون ذلك لا ينشأ عن تناقص
حجم العضو وعظمه فقط بل عن تغير وضعه أيضا وقد تكون اصمية الطحال
المتمدد تمددا عظيما قليلة جدا اذا كان مندفعا فى تقعير الحجاب الحاجز بواسطة
المعى المتمددة بالغازات بحيث لا يكون ملامسا لجدر الصدر الا بجزء قليل
وكثيرا ما يوجد فى الايام الاخيرة من الاسبوع الاول على القسم الشراسيفى
والاجزاء المجاورة له من البطن بقع وردية باهتة فى حجم العدسة مرتفعة احيانا
ارتفاعا قليلا وأما الاعراض المهمة المدركة للطبيب فهى الاعراض الحمية
فان درجة حرارة الجسم ترتفع فى التيفوس البطنى ارتفاعا منتظما تدريجيا
بحيث تكاد تكون واصفة لهذا المرض فان حرارة المساء تكون أشد من حرارة
الصباح بقدر درجة و حرارة صبيحة اليوم التالى تكون أقل من المساء قبله
بمقدار نصف درجة فمثلا المريض الذى تصل الحرارة فيه مساء ٤٠ درجة

تكون فى الصباح ٣٩ و ٥ خطوط وتصل الحرارة فى مساء هذا اليوم ٤٠ و ٥ خطوط من درجة وقد لا ترتقى درجة الحرارة فى انتهاء الاسبوع الاول زيادة عن ذلك لكن تكاد تنخفض درجة الحرارة دائما فى الصباح عن المساء قبله بنصف درجة كما ذكره (وندرلش) واما سرعة النبض فانها تصل عادة فى الاسبوع الاول من ٩٠ الى ١٠٠ غالبا وازيد فى الدقيقة الواحدة وكل من سرعة النبض وارتفاعه لا يطابق على الدوام ارتفاع درجة الحرارة فانه زيادة عن ذلك توجد مؤثرات أخرى تؤثر على فعل القلب لا يمكن فى جميع الاحوال ادراكها فمن المؤثرات نجد مثلا ان عدد ضربات النبض الواصلة الى عدد معلوم مدة نوم المريض فى فراشه بالراحة ترتقى سرعته من ٢٠ الى ٣٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة اذا جلس فى فراشه مدة من الزمن أو فعل مجهودات عضلية أخرى وحصل عنده تأثير نفسى بسبب ما واما صفة النبض فى هذا المرض فان الموجة الدموية تكون عظيمة فيه غالبا لكن الشريان يبقى فى اثناء حركة الدياستول رخوا وكثيرا ما يحس بان الارتفاع الاول فى الشريان يعقبه حالا ارتفاع اخر ضعيف يعنى ان النبض يكون مزدوجا وهذا النبض المزدوج لا يختص بالتيفوس البطنى فقط لكنه يكاد لا يشاهد بكثرة فى غيره من الامراض ولذا يعتبرانه ذو اهمية فى تشخيصه ويحصل بالكيفية الآتية وهو ان الالياف القابلة للانقباض فى جدر الشرايين يكون فعلها قليلا بمعنى انها تكون فى حالة نصف شللية وبالاقل يمكن ان يقال ان لم تكن جدر الشرايين محتوية على الياف قابلة للانقباض ومشكونة فقط من الياف مرنة لابد وان يعقب التموج الاول فى الشرايين الذى ينشأ عن الموجة الدموية تموج ثان واضح تابعى — والبول فى الاسبوع الاول يكون تبعا لشدة الحمى متركزا تركزا عظيما اذ وزن نوعى متزايد (فيكون من ١٠٢٠ الى ازيد) وكميته لا تنقص فى الاحوال التى تستعاض فيها المرضى شدة الفقد الحاصل بواسطة التبخير الجلدى العظيم والافراز المعوى بالمشروبات المائية استعاضا تاما كما ذكره المعلم فوجل وكذا ازدياد تكون البولينا الذى لا تضاهى نسبته كمية الاغذية الازوتية التى يتعاطاها

المريض

المريض يكون مطابقا لارتفاع درجة الحرارة اذ بذلك يكون التحليل العنصرى للمنسوجات قويا وهذا الازدياد يزول بزوال الحمى فى أواخر هذا المرض ويتناقص أقل مما فى الحالة الطبيعية كتناقص حرارة الجسم

والكلورورات القلوية تتناقص فى بول المصابين بالتيفوس وتوجيه ذلك أقل وضوحا من توجيه ازدياد البولينا وذلك ينشأ عن قلة ادخال ملح الطعام فى المطعومات وعن تزايد اندفاع الكلورورات القلوية فى المواد البرازية السائلة وكذلك يظهر ان تناقص هذه الاملاح فى البول يكون ناشئا عن بقاها فى الدم الذى فقد جزأ عظيما من المواد الزلالية وعلى كل حال فكل من ازدياد البولينا وتناقص الكلورورات القلوية ووجود كمية قليلة من المواد الزلالية لا يعد من التغيرات الواصفة للتيفوس حيث انها توجد فى غيره من باقى الامراض المصحوبة بحمى شديدة ونضح غزير

وفى الاسبوع الثانى من التيفوس تشتكى المرضى بألم الرأس والاطراف الا ان الدوار يشتد وينضم لطنين الاذنين ثقل فى السمع غالبا وذلك لا يكون متعلقا باضطراب عصبى بل ناشئا عن امتداد الالتهاب النزلى التيفوسى للفم والحلق الى بوقى استاكيوس وتجويف الطبلة وهيئة الوجه تصير بهيمية ويزيد عدم معرفة المريض لما حوله وتضطرب حالة الدماغ ويتكدر الادراك بالكلية ثم تقع المرضى فى حالة تنعس وخدر لا يمكن ايقاظها منها الا بعسر مدة قليلة ومع جفاف فمها العظيم لا تشتكى بعطش ولا تطلب المياه لكن عند توجيه قدح الماء الى فمها تشرب بشراهة عظيمة وكثيرا ما يضطر لايقاظ المريض بالنداء عليه بقوة لاجل اخراج لسانه الجاف من الفم واحيانا اذا حصل ذلك يغفل المريض عن ادخاله فينبغى ايقاظه والنداء عليه لاجل ذلك ونحو انتهاء هذا الاسبوع يخرج البول والبراز بدون ارادة لان المرضى لا تدرك التأثير بامتلاء المثانة والمستقيم ولا تقدر على قبض العضلات العاصرة بالارادة وكثير من المرضى من يكون مستلقيا على ظهره دائما فى الفراش وان وضع وضعا جانبيا اتبع كل من الجذع والاطراف حركة الثقل بدون ان يكون للمرضى قوة على الاجتهاد فى تغيير وضعهم ولو كان متعبا وانما يستنتج من الحركة الاهتزازية للشفتين وبعض الالفاظ المنبهمة التى تهمهم

بها المرضى ان الوظائف العقلية لم تنطفئ بالكلية (وذلك يسمى بالحمى العصبية الخدرية) واخرون من المرضى لايدركون ماحولهم وينزعون ملابسهم بدون ادراك ولايجيبون عن سؤال ولاينتبهون بأى منبه كان ويظهر على سحنتهم انهم فى حالة احلام مضطربة جدا فيكونون فى حالة قلق مستمر ويلقون الغطاء عنهم ويخرجون احدى رجليهم من الفراش ويجتهدون فى القيام أو الجرى ويتلفظون بكلمات غير معقولة المعنى ويفزعون عند امساكهم أو مخاطبتهم (وذلك يسمى بالحمى العصبية التهيجية) ومما يستغرب ان مثل هؤلاء المرضى يفعل مجهودات قوية مستمرة لاجل اجراء التصورات المرضية القائمة باذهانها واحيانا يتردد عليهم نوع مخصوص من انواع الهذيان الجنونية فيبقون حافظين لتصور مخصوص وحيث لم يدركو ذلك يبقى عندهم نوع فزع وخوف مستمر ونحو ذلك من التصورات الهذيانية سواء كانت مرتبطة بامر مخصوص أم لا - وكل من القلق والهيجان يشتد عندهم نحو المساء وفى أثناء الليل ويتناقص فى اثناء النهار وقد يتضح هذا التبادل جدا بحيث ان حالة المرضى فى اثناء النهار تظهر بصفة الحمى العصبية الخدرية وفى اثناء الليل بصفة الحمى العصبية التهيجية - ثم انه قد يوجد احوال يكون فيها عند المرضى امساك فى الاسبوع الثانى لكن الغالب أن يكون عندهم فى هذا الزمن اسهال من مواد مائعة مائية وعدد التبرز الذى لا يمكن الحكم منه على عدد القروح المعوية وانتشارها حيث لم يكن الاسهال متعلقا بها بل بشدة الالتهاب النزلى المعوى المصاحب لها وامتداده قد يصل فى اليوم والليلة الى ثلاث مرات أو ست غالبا وربما وصل الى عشرين فى النادر ولون المواد البرازية مع هيئتها يشبه شربة العدس التى لم يفصل الرقيق منه فيها بل يكون راسبا فى قاع الاناء وهذه المواد ذات خواص قلوية وربما احتوت على قليل من الزلال ولا يوجد فيها مواد ذات اشكال مخصوصة ولا عناصر كيماوية يمكن اعتبارها نوعية للتيفوس والطبقة السائلة السطحية من هذه المواد تحتوى على كمية عظيمة من كربونات النوشادر فلذا تكون ذات خواص قلوية واما الجزء الراسب من هذه المواد فانه يحتوى على بقايا

المطعومات وبعض مواد فاسدة واخلية بشرية وجسيمات مخاطية وتكونات عديدة من املاح فوسفاتية مثلثة القاعدة وندف صغيرة وكرات مصفرة غير معروفة المنشاء وكيفية الحصول معرفة تامة ويكون التنفس مع يعاسطحيا واحيانا لا يوجد سعال ولا نفث ولو مع وجود نزلة ممتدة فى المسالك الهوائية وفى احوال اخرى يوجد سعال متكرر مصحوب بنفث غزير لزج مخاطى وفى الاسبوع الثانى تتغير أيضا العلامات المدركة فلون الوجنتين يصير احمر محمرا أو مزرقا والجفنان مفتوحين نصف انفتاح وفى الآماق توجد مواد مخاطية جافة والملتحمة تكون محتقنة وطاقتا الانف ترابيتين وكل من الاسنان واللثة مغطى بمادة مخاطية لزجة سمرة أو مسودة واللسان مغطى بطبقة سمرة تسود فيما بعد باختلاطها بالدم الآتى من تشققات صغيرة فى الغشاء المخاطى وينشأ عن هذه المواد العفنة المغطية للسان رائحة كريهة نفاذة وتثقل حركات اللسان بالكلية بحيث لا يتضح الكلام ويتعذر ازدراد المطعومات الصلبة بل ازدراد السوائل والبحث الطبيعى عن الصدر يكاد يدل فى جميع الاحوال على تكاثف ممتد فى الاجزاء المنحدرة من الرئتين وصوت القرع على جانبى العمود الفقرى يكون أقل وضوحا وعند التسمع على الظهر يحس بلغط تنفسى حويصلى ضعيف أو غير محدود وخراخر فرقعية دقيقة ويندر ان يسمع نفخ انبوبى ويسمع فى باقى اجزاء الصدر خراخر عديدة واضحة - وينتفخ البطن انتفاخا طبليا بسبب التمدد الغازى فى المعاء الذى لم يعرف توجيهه الى الآن واحساس البطن لم يزل مستمرا ومتزايدا عند الضغط وكذا يستمر وجود البقالة فى الحفرة الحرقفية اليمنى فى غالب الاحوال ويستمر انتفاخ الطحال بل ويزداد غير انه يندفع نحو الاعلى والخلف بواسطة الامعاء المتمددة بالغازات والطفح الوردى يصير غزيرا ويمتد من القسم الشراسيفى الى الاطراف السفلى ثم الى الظهر وكثيرا ما تشاهد حويصلات رقيقة دخنية ومن الظواهر الحمية المدركة ان تكون درجة الحرارة فى المساء مرتفعة من ٤٠ مئينية و ٥ خطوط من درجة الى ٤١ و ٥ خطوط أيضا ويصل النبض الممتلى قليلا الرخو الذى

كثيرا ما يكون مزدوجا الى سرعة عظيمة بحيث يكون من ١١٠ الى ١٢٠ بل واكثر فى الدقيقة الواحدة وفى كثير من الاحوال يحتوى البول على قليل من المواد الزلالية

وأما الاسبوع الثالث من التيفوس ففيه ضعف المرضى يرتقى الى درجة عظيمة جدا بحيث لا يكون لهم قدرة على الجلوس فى الفراش فيتزحزحون نحو الجهة المنحدرة منه ويسقطون وكثيرا ما يشاهد فى عضلات الاطراف انقباض بعض الاحزمة العضلية ويسمى ذلك بالنفض الوترى ويرتقى كل من التنعس والخدر الى درجة عظمى ويزول الهيجان الجنونى ويحل محله حالة خدر أى الكوما فتأخذ فى الزيادة شيأ فشيأ و بعض المرضى يفعل حركات ذاتية غير ارادية بايديهم وارجلهم كندف القطن وكل من البول والبراز يخرج بدون ارادة وقد تنشل العضلة الضيقة للمثانة فتمتلئ امتلاء عظيما وتصير الطبقة المغطية للسان والاثة كثيفة متشققة منتنة وما يتلفظ به المرضى مجرد ألفاظ خالية عن المعنى ويتعذر ازدراد السوائل زيادة عما تقدم و يرتقى كل من الظواهر المرضية فى الصدر والبطن وسرعة التنفس والخراخر المخاطية والفقرعية واصمية الظهر والاسهال والانتفاخ الطبلى للبطن الى أشد الدرجات واما الطحال فانه لا يزداد انتفاخه بل فى هذا الزمن ياخذ فى التناقص وكذا الطفح الوردى فان لونه ياخذ فى البهاتة واما الطفح الدخنى فانه يتزايد بل وفى كثير من الاحوال تظهر بقع غشية وعند كثير من المرضى فى هذا الزمن اعنى الاسبوع الثالث يظهر فى هذا المرض اريثما جلدية فى قسم العجز ثم عقب انفصال الطبقة البشرية وجفاف الجلد العارى عن بشرته تظهر خشكريشة تمتد فى العرض والعمق وكذا يحصل فى كل من حرارة الجسم وسرعة النبض ارتقاء فى ابتداء هذا الاسبوع عوضا عن الانحطاط وفترات الصباح لا تكون واضحة وأكثر احوال التيفوس البطنى المهلكة تكون فى هذا الاسبوع والموت ان لم يطرأ بعوارض اخرى يحصل عقب وصول الضعف والانحطاط وازدياد الحرارة وسرعة النبض الى أقوى درجة بسبب اعراض اوذيما الرئة وكلما كان اضطراب التنفس عظيما

كان حصول شلل القلب سريعا - وأما فى الاحوال ذوات السير الحميد فان الظواهر المرضية تأخذ فى التناقص فى وسط هذا الاسبوع فحالة الخدر التى تكون فيها المرضى مضطربة باحلام مزعجة تنقلب بنوم صحى و بعد استيقاظهم من النوم يظهر عليهم انهم مدركون لما حولهم بعد ان كانوا لا يلتفتون لذلك بالكلية عند ارتقاء المرض ويعرفون من يخدمهم فحينئذ يكون أول نظر من المريض دال على ادراكه وتفكره لما حصل عنده بالتأمل من الاتجاه العظيم للشفاء ولوان الخطر لم يزل باقيا وان العشم الذى يترتب على هذه الظاهرة وغيرها من ظواهر التحسين قد يزول بالكلية وكلما كان المريض فى أثناء النوم الصحى مستريحا كان رجوع الادراك أكثر وضوحا فتبتدأ المرضى بالتشكى من الغثيان الوضعية و يتجنبون ضغط الفراش على اجسامهم سيما على الاصفار المتقرحة ويميلون للاستلقاء على جنوبهم ولا تخرج الفضلات منهم بدون ارادة بل يطلبون بانفسهم اناء لذلك وتتناقص سرعة التنفس ويزيد السعال و يقوى النفث فيخرج به المواد المتراكمة فى الشعب وهى قليلة الازوجة مصفرة و يتناقص الاسهال ويحتوى على مواد برازية صلبة نوعا وتزول هيئتهم المزرقة الترابية ويصير وجههم باهتا و ياخذ اللسان فى الرطوبة من حوافيه وطرفه وتنفصل عنه الطبقة المغطية له شيأ فشيأ ويتضح التكلم و يزول عسر الازدراد للسوائل ويسمع فى الصدر خراخر رطبة وتزول الاصمية التى على جانبى العمود الفقرى و يتضح اللغط التنفسى الحويصلى فى هذا المحل ويتناقص انتفاخ البطن الطبلى وكذا اصمية الطحال ويفقد الطفح الوردى ومع ذلك كله فان الفرق بين حرارة الصباح والمساء تظهر جدا فان الترمومتر الذى ترتفع فيه درجات الحرارة مساء من ٤٠ الى ٤١ تنخفض صباحا فتصل الى ٣٩ أو ٣٨ وأقل من ذلك وفيما بعد تصير درجة الحرارة مساء منخفضة أيضا ومع ذلك تنحط سرعة النبض وان لم تكن بنسبة درجة الحرارة و يفقد خاصية ضربه المزدوج وهذا التحسين العمومى الذى يحصل فى الاسبوع الرابع بعد مكث الظواهر المرضية فى الاسبوع الثالث على شدتها قد ينتقل الى حالة النقاهة بدون واسطة وانما بطء الانتقال يدل على بقاء

التغير التيفوسى لاسيما وجود قروح معوية وفى أحوال اخرى قد يكون هذا التحسين وقتيا فان الظواهر المرضية تتردد ثانيا وتهلك المرضى بظواهر الشلل القلبى والاختناق وبالجملة قد يعقب الاعراض السابقة ظواهر بطء شفاء القروح المعوية والتغيرات التيفوسية وما ينتج عن ذلك ومن الظواهر التى يعتبرها الطبيب غير الممارس ازدياد الشهية ازديادا يصل الى الكلبية وسنتكلم فيما بعد على الخطر الناتج عن ذلك ويكاد شعر جميع المرضى المصابين بالتيفوس يسقط لكن لما كانت بصيلات الشعر لا يعتريها اضطرابات غذائية مستمرة فعما قليل ينبت الشعر ثانيا ويعود لاصله

ثم ان المرض التيفوسى قد وصفناه بالاجمال وصفا تاما ولو اردنا ايضاح وصف كل تنوع يظهره هذا المرض فى كل حالة من احواله مع التفصيل لخرجنا عن الموضوع فلنقتصر على شرح التنوعات المهمة التى تحصل فى سير هذا المرض والعوارض الخطرة المهمة التى بها ينقطع سيره مع الاختصار فنقول يوجد ابتداء أحوال عديدة من التيفوس لا تتصف فى الاسبوع الاول بقلة اشتداد الظواهر المرضية ولا بظواهر اخرى مخصوصة الا ان هذه الظواهر فى مثل تلك الاحوال لا ترتقى فى الاسبوع الثانى الى درجة عظمى جدا كما يشاهد ذلك فى التيفوس الطبيعى الاعتيادى بل تتناقص شيأ فشيأ حتى تهبط بالكلية فى اثناء الاسبوع الثانى أو الثالث ومثل هذه الاحوال يسميها المعلم ليبرت بالتيفوس الاجهاضى وبالحميات التيفودية الاجهاضية وهذه التسمية أولى من تسميتها بالحميات الخفيفة والحميات شبه التيفوسية ونحو ذلك لان ما ذكر يدل على انقطاع فى سير التيفوس الجيد وقصره ولا يقصد به نوع مرض مخصوص ولا حاجة لشرح الاحوال التيفوسية الاجهاضية ووصفها فانه يعد تكرارا لا طائل فيه بالنسبة لما تقدم وانما ننبه فقط على ان المتقدمين من الاطباء يعدون خطأ الحمى المعدية المسماة أيضا بالحمى المخاطية من الامراض التيفوسية الاجهاضية وعلى كل فينبغى اتباع النصيحة المنتشرة وهى انه لا ينبغى قطع الحكم بكون المرض تيفوسيا أو معديا الا بعد اليوم التاسع من يوم المرض وهذه

النصيحة جيدة جدا فينبغى اتباعها وحيث ان العوام تعبر بالحمى
المعدية عن التيفوسية الاجهاضية وبالحمى العصبية عن التيفوسية
الطبيعية فمن الجيد التمادى على ذلك خشية الوقوع فى الخطاء اذ انه ليس
من المهم عند العوام ربط الفاظ علمية قطعية - والترمومتر كما انه
فى الاسبوع الاول هو الواسطة الاكيدة فى تمييز التيفوس عن النزلة المعدية
المعوية اعنى الحمى المعدية يكون كذلك هو الواسطة الاكيدة التى يرتكن
اليها فى الاسبوع الثانى فى التمييز بان كان المرض مكتسبا السير التيفوس
الاجهاضى او الاعتيادى واما العلامات الاخرى فيمكن بسهولة ان يغتر
منها فان شوهد فى اليوم الثامن أو التاسع من المرض ان حرارة الجسم
لاتزيد بل تنحط بطء والانحطاط فى الصباح يكون عظيما جدا ساغ
القول بان التيفوس اجهاضى والاحوال التى ترتفع فيها درجة الحرارة
ثانيا نحو انتهاء الاسبوع الثانى وتتضح بها الحالة المرضية التى
ذكرناها فيما تقدم تعد من النوادر العظيمة ونوم المريض فى التيفوس
الاجهاضى يكون مضطربا فى الاسبوع الثانى باحلام مزعجة بحيث يتكلم
حال النوم الا انه بعد استيقاظه يكون ادراكه جيدا وليس عنده الا
انحطاط قليل الوضوح يذكرنا بحالة الثبات الذى يشاهد فى الاشكال
الثقيلة من هذا المرض وكذا الظواهر الشعبية تكون قليلة الشدة والاسهال
اما قليلا أو مفقودا بالكلية وهيئة المرضى تكون باهتة غير مزرقة
واللسان يظهر فيه ميل للجفاف الا انه غير مغطى بطبقة سوداء سميكة
و يفقد ثقل السمع أو يكون بدرجة خفيفة جدا مثل اصابة الحلق
والانف النزلية ويكون البطن رخوا قليل الانتفاخ ويفقد كذلك كل من
القلقلة الاعورية القولونية وزيادة حساسية البطن عند الضغط واهمية
الطحال تكون قليلة الامتداد ومن النادر مشاهدة قليل من الطفح الوردى
على القسم الشراسيفى ويكون النبض صباحا قليل السرعة جدا وكذا فى
حالة استلقاء المريض على فراشه وفى الاسبوع الثالث أو فى انتهاء الثانى
تكون حرارة الجسم طبيعية صباحا ولا ترتقى فى المساء الا قليلا جدا ويبقى
اللسان رطبا وتعود الشهية وتزول الظواهر المرضية التى تشاهد فى الصدر

والبطن سيما الاسهال وكثير من المرضى من يرغب فى القيام من الفراش الا انه عند ذلك يحس بدرجة ضعف عظمة اذا أراد المشى فى اودته مثلا ولا تعود للمريض قوته الا ببطء وذلك يدل على ثقل المرض الذى كان معه

ثم ان الرأى القديم المنتشر القائل بان التقرحات المعوية لا تحصل فى التيفوس الاجهاضى ليس مبنيا على فعل صفات تشريحية لعدم اجراء ذلك فى الاحوال الحميدة بل مبنى على سرعة زوال الاسهال وعدم العوارض المرضية التابعية الخطرة التى تطرأ عندما يكون سير التيفوس بطيئا لا سيما العوارض التى تنشأ من بطء التصام القروح المعوية وامتداد التقرح الذى يعتريها

وهناك تنوع آخر يحصل فى سير التيفوس البطنى مختلف بالكلية عما ذكر ويسمى بالتيفوس الكامن ومعناه انه يوجد كثير من الاشخاص لا يكون عندهم من الاعراض المرضية الا درجة خفيفة جدا من الضعف والانحطاط مع فقد الشهية واسهال خفيف ويكون لهم قدرة على السعى فى اشغالهم بل والسفر ثم يهلكون اما بظواهر التثقب المعوى أو النزيف المعوى وعند فعل الصفات التشريحية توجد عندهم قروح معوية عديدة مع لطخ معوية متقشرة وارتشاح إلى فى الغدد المساريقية وبعبارة أخرى توجد عندهم جميع التغيرات التشريحية للاصابة المعوية التيفوسية المتقدمة وليس لهذه الاحوال المرضية المخصوصة توجيه آخر خلاف القول بان التسمم بالسم التيفوسى فى مثل هذه الاحوال لم ينتج عنه الا تغيرات موضعية معوية وان تغير الدم والتبادل العنصرى فيها يكون قليلا جدا بحيث لا تحصل اضطرابات وظيفية أخرى واضحة

وكما ان كلا من الاضطراب العمومى والحمى فى التيفوس الكامن يكون قليل الوضوح جدا بحيث لا يلتفت اليه كذلك توجد احوال تيفوسية أخرى تتصف باشتداد حالة الاضطراب العمومى لا سيما بارتقاء الحمى الى درجة فائقة الحد وفى مثل هذه الاحوال يكون سير المرض مضطربا جدا بحيث ان حرارة الجسم ترتقى فى الاسبوع الاول الى ٤١ او ازيد وسرعة النبض الى ١٢٠ أو الى ١٣٠ فى الدقيقة الواحدة والمرضى تكون فى اثناء

النهار فى حالة تنعس عميق وهيئتها تدل على الخدر الشديد ويكون عندها فى
اثناء الليل هذيان شديد جدا بحيث يعسر ضبطها فى فراشها ويظهر عندها
النفضات الوترية بسرعة وحركة الندف بل وظواهر تشنجية احيانا وغالبا
تكون شدة الظواهر المرضية الموضعية بنسبة شدة الظواهر العامة فيصير
اللسان جافا جدا ويتغطى بسرعة بقشور سوداء وكل من الظواهر الشعبية
وعلامات تكاثف الرئة والانتفاخ الطبلى فى البطن والاسهال وانتفاخ
الطحال يرتقى فى الاسبوع الاول الى درجة شديدة جدا يكاد لا يصل اليها
فى الاسبوع الثانى عندما يكون سير المرض طبيعيا وكذا كل من الانحطاط
الشديد وانزلاق المريض فى فراشه والنبض الصغير غير المنتظم والنفس
السريع السطحى يظهر كذلك فى انتهاء الاسبوع الاول أو ابتداء الثانى
ومثل هؤلاء يهلكون بسرعة باعراض شلل القلب واوذيما الرئتين وقد تنحط
الظواهر المرضية عند بعض المرضى بعد ان كان سير المرض فى الاسبوع
الاول كثير الشدة والاضطراب فلا يظهر اختلاف واضح فى الاسبوع
الثانى والثالث عن باقى سير التيفوس المعتاد وعلى كل فلا بد وان
يوجد بين الاحوال التيفوسية ذوات السير الثقيل الشديد الاضطراب
وبين الاحوال المتوسطة الشدة وبين الاخيرة والتيفوس الكامن تنوعات
شديدة لا يمكن التعرض لذكرها وهناك أحوال عديدة تعتبر مدة أسابيع
انها أحوال حمى معدية أو مخاطية وتعالج على حسب ذلك ثم يتضح فيها
جفاف اللسان جدا وتنتهى بالشفاء بدون اضطراب عصبى دماغى فهذه
اشكال خفيفة من التيفوس الا انه مع ذلك لا يسوغ نفى رتبة الحميات
المعدية والمخاطية من كتب الامراض الباطنة وهذا وان وقع من بعض
المؤلفين الان ذلك لعدم مشاهدتهم للامراض الحمية المتسلطنة فى غير
اوربا اذ فى تلك البلاد يكثر وجود الحمى المعدية والمخاطية ويتضح
بالكلية بل كثيرا ما تكون هى المتسلطنة فى تلك الجهات واهم من الطفح
الوردى وانتفاخ الطحال فى كل حالة راهنة ينبغى عليها التمييز بان كان
المرض تيفوسيا اعنى تسمما عاما أو كانت الحمى متعلقة بنزلة معدية معوية
اصلية هو ارتفاع درجة حرارة الجسم جدا

وقد يحصل تنوع فى شكل هذا المرض فيما اذا كانت الاصابة المعوية قليلة الوضوح جدا اعنى اذا كان التسمم التيفوسى لم يصب المعاء بالكلية اوكانت اصابته واهية وكان التسمم المذكور لايحدث الا تغيرا فى الدم فقط ويسير بهذه الكيفية وحيث ان تمييز التيفوس البطنى من غيره من الامراض التسممية الحادة ينبنى على الظواهر المعوية فالتشخيص فى مثل هذه الاحوال غير ممكن بالكلية فعلى الطبيب فى مثل ذلك ان يفعل تشخيصا تقريبيا بتبعيد ماعدا هذا المرض من الامراض التسممية العامة ـ وان فقدت الظواهر المعوية بالكلية أوكانت قليلة الوضوح جدا وكانت النزلة الشعبية كثيرة الشدة واصطحبت بظواهر شديدة نحو الرئة واحتقانات انحدارية فيها أوالتهابات رئوية واضحة نشأ عن ذلك حالة مرضية كانت تسمى بالتيفوس الرئوى أو الشعبى سيما اذا وجد بعد الموت ان الغدد الشعبية مرتشحة بمادة لبية ومن الواضح ان مثل هذه الاحوال التى فيها يتضح عند المرضى كل من اللون السيانوزى وسرعة التنفس يعد من الاشكال الخطرة جدا فان الحمى الشديدة وان حصل بها تكوّن حمض الكربون فى الجسم وازداد ازديادا عظيما حصل صعوبة فى انقاء الجسم من هذا الغاز المضر باصابة الشعب والرئتين ـ وأما تكوّن القروح التيفوسية فى الحنجرة فانه لاينوع اعراض هذا المرض تنوّعا عظيما ولا يصطحب باعراض خاصة بحيث لايسوغ القول بنوع تيفوسى مخصوص وتسميته بالتيفوس الحنجرى كما لا يسوغ جعل نوع مخصوص من التيفوس وتسميته بالتيفوس الشعبى أوالرئوى والقرحة التيفوسية الحنجرية وان لم يمكن معرفتها فى الاسبوع الاول من هذا المرض بحيث انه يصادف وجودها فى الصفات التشريحية تارة وتارة لاتوجد فان هذه القرحة عند امتداد تقرحها وتأخر التحامها تعدّ من العوارض التابعية المهمة فى هذا المرض

وأما الاعراض الخطرة التى تطرأ على المريض فى الاسابيع الاول من هذا المرض وتحدث انقطاع سيره الاعتيادى فاهمها التثقب والنزيف المعويان والرعاف الغزير الذى يحصل احيانا فى الاسبوع الثانى أوالثالث

اما التثقب المعوى الذى يحصل فى الاسبوع الاول من هذا المرض عقب تكون وسقوط الخشكريشة فى الغشاء المخاطى المغطى للطخ المعوية والطبقة العضلية والمصلية المغطية لها من الجهة الاخرى فانه يؤدى لالتهاب بريتونى شديد جدا وحيث انه قد يحصل التهاب التصاقى فى البريتون ينتج عنه التصاق العرى المعوية ببعضها قبل حصول التثقب فالالتهاب البريتونى لا يكون فى بعض الاحوال عموميا بل جزئيا والعلامات الابتدائية للتثقب هى الالم الشديد جدا الذى يوقظ المريض من خدره العميق ويزداد ازديادا أعظميا باقل ضغط على البطن ومع ذلك فالمرضى تهبط هبوطا اعظميا فجائيا وتتغير سحنتها ويصير النبض صغيرا والاطراف باردة ويطرأ الموت بعد أربع وعشرين ساعة أوست وثلاثين بالظواهر التى بيناها فى اشكال أخرى من الالتهاب البريتونى الناتجة عن التثقب كما سبق ذكره والامر المهم الذى يرتكن اليه فى تشخيص التثقب المعوى هو خروج الغازات من المعا وانتشارها فى تجويف البريتون وذلك يعلم من اندفاع الكبد الى اعلا وبعده عن جدر الصدر وتناقص اصميته أو زوالها بالكليه وبدون ذلك يحصل الشك فى كون الالتهاب البريتونى حصل بواسطة التثقب أو بدونه

واما النزيف المعوى الذى يحصل فى الاسبوع الاول من التيفوس اما عقب تاكل فى جدر الاوعية الدموية أو انفصال خشكريشة منها أو بتمزق الاوعية الشعرية الممتلئة المنتفخة انتفاخا اسفنجيا باعلا محل اللطخ المعوية فانه يظهر ان كان غزيرا جدا قبل خروجه مع المواد البرازية بانحطاط المريض انحطاطا كليا وبانحطاط درجة الحرارة انحطاطا فجائيا عظيما جدا وبرجوع حالة الادراك للمريض احيانا وكثيرا ما يكون الفقد الدموى عظيما جدا لكن من النادر ان تهلك المرضى عقب حصوله حالا بل هلاكهم عادة يكون بعد زواله والتيفوس قد يقطع ادواره لكن قوى المريض لا تكفى بحيث ان أغلب المرضى يهلك عقب حصول النزيف المعوى بمدة طويلة أو قصيرة بواسطة الحمى والاسهال المضعف المنهك

واما الرعاف فانه أقل خطرا من النزيف المعوى ويحصل فى الاسبوع الثانى أو الثالث من التيفوس وينشأ عن سوء قنية دموى حاد وكثيرا ما يحصل فى الاحوال الضعفية الشديدة وقد يكون الرعاف غزيرا بحيث يلتجئ الطبيب لسد الانف وفى مثل هذه الاحوال تضعف قوى المريض بالكلية ويحدث غالبا بطء عظيم فى النقاهة ولا يندر ان يحصل نزيف من اعضاء التناسل عند النساء اللاتى اصبن بهذا المرض بدون ان يكون فى زمن الطمث والعامة ولو اعتقدت أن ذلك علامة جيدة بحرانية الا أن حصول النزيف مهما كان مضر ولو لم يكن غزيرا

وحيث ان كثيرا من المرضى المصابين بالتيفوس تحصل نقاهتهم ببطء جدا حتى ولو أخذت القروح المعوية فى الشفاء والالتحام بعد انقطاع سير هذا المرض وزوال الحمى ورجوع الشهية بحيث يمضى عليهم فى هذه الاحوال خمسة اسابيع أو ستة الى ان تتم النقاهة بالكلية وتعود المرضى الى قواها الطبيعية فمن الواضح انه بتأخر شفاء القروح المعوية وبطء التحامها واستمرار الحمى ولو خفيفة وغير متعلقة بالاصابة المعوية يقع المريض فى خطر عظيم فيرى فى مثل هذه الاحوال استمرار الحالة الحمية الضعفية اعنى الحمى الحاصلة عند اشخاص منهوكين بعد شفائهم من التيفوس بجملة اسابيع فيبقى الدماغ مضطربا ولو بعد زوال الهذيان الشديد ويزداد ضعف المرضى شيأ فشيأ ويتكرر انزلاقهم فى الفراش ولا يصير لسانهم رطبا بل جافا ثانيا وتزول الظواهر الشعبية لكن ظواهر الاحتقانات الانحدارية فى الرئة تزداد ويزول كل من انتفاخ الطحال والطفح الوردى الان كلا من الانتفاخ الطبلى البطنى والاسهال يستمر بدرجة واضحة كثيرا أو قليلا والغنغرينا الوضعية فى العجز تمتد وتأخذ فى الغور وتؤدى لتهتكات ممتدة وكذا تظهر غنغرينا وضعية حذا المدورين العظيمين والنتوين المرفقيين أو على الركبتين ان كان استلقاء المريض على بطنه وتشاهد كذلك على جملة اصقاع من الجسم المعرضة لضغط وقتى بقع نمشية أو كدمية وتزيد نهوكة المريض ازديادا عظيما ويتغطى الجلد الباهت بعرق مضعف وكذلك الاغشية المخاطية تصير باهتة اللون قليلة الدم وكثيرا ما يظهر انتفاخ

أوذيماوى فى الاطراف أوانتفاخ أوذيماوى عظيم فى احدها ناتج عن سدد ذاتية فى احد الاوردة الفخذية وكثير من المرضى من يهلك فى الاسبوع السادس أو السابع بهذا الشكل المنهك من التيفوس بعد ان وصلت حالته الى هيئة هيكلية وفى احوال اخرى يزول الاسهال وتشفى القروح المعوية غير ان الغنغرينا الوضعية تكفى بانفرادها فى هلاك المريض فانه كثيرا لا يوجد فى الصفات التشريحية للهالكين بالتيفوس هلا كا متأخرا الا انهتك عظيم فى الاجزاء الرخوة مع تعر فى العظام واثار التحامية جديدة للقروح المعوية وكل من الالتهاب الرئوى والبليورى والتقرح الحنكى والالتهاب المعوى الدفتيرى والكلوى وغيرها من العوارض التابعية للتيفوس التى تكلمنا عليها سابقا يتضح عند المرضى المنهوكين بعلامات مدركة للطبيب فقط لا محسوسة للمريض وكل من القشعريرة وارتفاع درجة الحرارة ثانيا يوقظ الظن بحصول احد هذه العوارض التابعية فيلجئنا للبحث بالدقة عن حالة المريض - واما القشعريرة المتكررة وارتفاع درجة الحرارة ارتفاعا عظيما مع حصول انحطاط عظيم سريع فان ذلك يكون فى غالب الاحوال من الاعراض المتعلقة بالتسمم الصديدى للدم الناشئة عن امتصاص بعض المواد الصديدية من الاجزاء المتغنغرة واما حصول المشديد فى الحنجرة وبحة فى الصوت أو فقده وظهور علامات التضايق الحاد للحنجرة فانها تدل على التهاب سمحاقى غضروفى حنجرى ناشئ عن امتداد القروح الحنجرية فى الغور أو عن حصول هذا المرض حصولا ذاتيا كعرض تابعى للتيفوس ولنذكر أخيرا انه قد يحصل تثقب المعا احيانا فى الاسبوع الخامس أو السادس ولو لم توجد الحالة الضعفية الجمية التى سبق ذكرها بل يكون حصول ذلك فى اثناء نقاهة واضحة وهذا التثقب ينشأ عنه هلاك المريض بسرعة واندر من ذلك حصولا ان يظهر فى هذا الزمن نزيف معوى ناشئ عن قروح معوية متأخرة فى الالتحام

وانتهاء التيفوس بالشفاء هو الكثير الحصول فانه يحصل فى أكثر من ثلاثة ارباع احوال هذا المرض ومع ذلك فقد توجد أوبئة خبيثة للغاية كما أنه قد توجد أوبية من هذا المرض فيها يقل الموت ويحصل فى غالب الاحوال

فى الاسبوع الثانى أو الثالث عند ارتقاء المرض الى اشد درجة ومع ذلك فقد ذكرنا انه يحصل فى الاسبوع الاول فى الاحوال التى فيها يكون سير هذا المرض ثقيلا وسريعا جدا كما انه قد يحصل فى الاسبوع الخامس أو السادس فى الاحوال المتأخرة الشفاء وقد ذكرنا جميع اسباب الموت عند شرح الاعراض ذكرا كافيا

وفى أحوال أخرى قد ينتهى التيفوس بشفاء غير تام بمعنى انه قد يخلفه امراض تابعية سيما اضطرابات عصبية كالالام العصبية والشلل الموضعى وفقد الاحساس الجزئى والاضطرابات العقلية وقد يخلفه ضمور النخاع أو الانيميا المستمرة ولا توجد تغيرات تشريحية مدركة بها تتعلق هذه الاضطرابات العصبية ومن الخطاء توجيه الانيميا والنهوكة التابعية المستمرة بقلة تكون الدم الناتج عن تلاشى الغدد المعوية وانسداد العقد المساريقية ولا يندر ان يظهر فى اثناء نقاهة التيفوس الثقيل سل رئوى

﴿المعالجة﴾

أما المعالجة الواقية فانها تستدعى فى المدن العظيمة المتسلطن فيها التيفوس تسلطنا وطنيا فعل وسائط صحية عمومية بها يمتنع تخلل الارض بجواهر الانحلال المتعفنة وتشربها بها أو بالاقل تقليل ذلك وقد اعطى فى هذا العصر الاخير نصائح طبية لتجفيف رطوبة أرض المدن الناشئة عن تعفن المواد الحيوانية المساعدة على انتشار جرثومة التيفوس والهيضة بواسطة مجار صناعية فان تم هذا التجفيف وقل تعداد الاصابة بالتيفوس والهيضة كما قل تعداد أحوال الحميات المتقطعة والاصابة بها عقب تجفيف بعض الاجام كان ذلك من أجل الامور افتخارا لما تحصل عليه علم قانون الصحة المستجد المنشأ ثم انه يوجد بعض اطباء يشكون فى عدوى التيفوس البطنى وبالاقل يعتقدون عدم ثبوتها بالتأكيد ومع ذلك لا ينبغى الالتفات لهذا الزعم عندما يكون الطبيب واقفا بجوار المريض الذى نيط بمعالجته فانه يكفى فى مثل ذلك ان عدم العدوى لم يثبتها أحد بل يلزم الطبيب مراعاة اجراء وسائط صحية بناء على ان عدوى هذا المرض كانها ثبتت بالتأكيد فينبغى ابعاد المرضى

عن الاصحاء وانما يؤذن فقط لمن نيط بخدمة المريض المكث بجواره كما انه
ينبغى ابعاد الاصحاء المستغنى عنهم المريض من محل وجوده رأسا ان امكن
ذلك خصوصا فى المحل الذى تكرر فيه اصابة شخص آخر وبالاولى جملة
أشخاص فقد شوهد فى العصر المتأخر أحوال محزنة من الاهمال فيما ذكر
ونتج عن ذلك هلاك جميع افراد عائلة واحدا بعد واحد وبالجملة فينبغى
الاحتراس من صب المواد البرازية فى المراحيض العمومية وكذلك ينبغى
ازالة عفونة تلك المحال بالتبخير وليس عندنا جواهر دوائية تقى من التسمم
بالسم التيفوسى

ومتى حصل التيفوس ساغ الاجتهاد احيانا فى قطع سيره أو تلطيفه ومن
المعلوم ان هذه الغاية لا يتحصل عليها بالمقيئات ولا بالاستفراغات
الدموية العامة التى كان قد أوصى بها زمنباطويلا فان هذه الوسائط بدلا
عن نفعها تعود بالضرر على سير التيفوس بلا استثناء ولا ينبغى للطبيب
اعطاء مقيئ من عرق الذهب الا فى الاحوال الوحيدة التى فيها تكون المعدة
مشحونة بمواد غذائية غير منهضمة يقينا وفى غير ذلك يتوقى بالكلية فلا
يعطى المقيئ ولو توجهت اليه رغبة العامة وتطلبه كثيرا من الطبيب
وعكس ذلك يقال بالنسبة لاعطاء مقدار عظيم من الزئبق الحلو فانه تبعا
لمشاهدات المعلم وندرلش الاكيدة يكاد لا يشك فى نجاحه فى قطع سير
التيفوس او تلطيفه حيث قال هذا الطبيب انه يكفى فى ذلك اعطاء
مرة أو مرتين خمس قمحات من هذا الجوهر فى ابتداء المرض ولو ان هذه
الاحوال نادرة كما ثبت أيضا انه فى معظم الاحوال التى يعطى فيها هذا
الجوهر فى أثناء الاسبوع الاول وقبل حصول الاسهال الغزير يحصل
اوّلا تلطيف سير هذا المرض وتقصير مدته والتجارب التى فعلت فى اكلينك
المعلم فيفر وفيما جربناه بالاكلينك الخاص بنا تؤيد التجارب التى ذكرها
هذا الطبيب ولم يثبت بالتأكيد ان كان التأثير الجيد لهذا الجوهر خاصا
بالتغير المعوى التيفوسى بمعنى انه يمنع تكون الخشكريشة والتقرح أو انه
لا تظهر ثمرته الا فى الاسبوع الاول قبل حصول التغيرات المذكورة وقد مدح
الطبيب ويلبرند فى العصر المتأخر اليود وقال انه نوعى فى التيفوس

وبالجملة فما ذكره هذا الطبيب من النتايج الحسنة لهذا الجوهر الدوائى
وكذا غيره من الاطباء يلجئنا الفعل تجارب جديدة باعطاء هذا الجوهر
وان كان استعماله فى هذا المرض ليس حديثا وهذا الطبيب يوصى بحل
خمسة دسيجرامات من اليود وجرام من يودور البوتاسيوم فى اربعة جرامات
من الماء المقطر ويعطى من هذا المحلول من ٣ ت الى ٤ فى كوبة ماء
كل ساعتين ونص على انه بهذه المعالجة يحصل بعد يومين أو ثلاثة
انحطاط ظاهر فى درجة الحرارة وعدم حصول اعراض عصبية وزوال الحمى
فى أقرب وقت

وأما فى معظم أحوال هذا المرض فنقتصر فيها على تبعيد المؤثرات المضرة
عن المريض ومقاومة العوارض الخطرة وحفظ قواه بواسطة تدبير غذائى
جيد فيجتهد اولا فى ان قاعته لا تكون صغيرة جدا ان سهل ذلك
مع الاجتهاد فى تغيير هوائها وتجديده فان الهواء الجيد النقى من أهم
الامور للمصابين بالتيفوس ومثلهم لا يعتريه البرد بسهولة كما يعتقده
العامة ومع ذلك ينبغى تنظيم حرارة تلك القاعة بواسطة الترمومتر وحفظها
فى درجة ١٢ أو ١٤ ريومير ومن المعتقد فى المانيا الشمالية ان
وضع اناء مملوء بالماء أسفل فراش المريض يقيه من الغنغرينا الوضعية
وهذه الواسطة وان لم يحصل منها على الغاية المذكورة الا انها تحفظ هواء
محل المريض فى درجة مناسبة من الرطوبة وينبغى الالتفات الكلى الى
انتظام فراشه بحيث لا يكون غطاؤه ثقيلا جدا ولا ملاآته ثخينة ولا منثنية
مطبقة مع تغييرها هى والملابس عند اتساخها ولا ينبغى الاهمال فى نظافة
اجسام المرضى مدة سير هذا المرض وهذا التنبيه ضرورى ولو لمن عادته
النظافة جدا فان من الناس من يخشى تعرية جسم المريض خوفا من
ضرره أو يتقى هو من تعرية الجسم أو تنظيف البطن السفلى ولاسيما
اعضاء التناسل عند تراكم بعض الافرازات عليها والاهمال فى هذا الشان
لا يمكن تداركه فيما بعد فان أدنى تهيج ايرتماوى فى قسم العجز أو بقرب
الشرج الذى يمكن تداركه بسهولة قد يوقع المريض فيما بعد فى خطر عظيم
حيث انه يكون ابتداء الغنغرينا الوضعية الممتدة وان صارت المرضى فى حالة

ضعف

ضعف عظيم حتى لا يمكنهم تنظيف أفواههم ينبغي اجراء ذلك مع الاجتهاد ولو بواسطة منديل مبتل بالماء البارد أوماء قلوى بارد وهو الاجود مع تبعيد المواد المخاطية اللزجة المتراكمة على الاسنان واللثة قبل ان تجف وتفسد فان ذلك يحدث راحة عظيمة عند المرضى ولو كانت فى حالة خدر عظيم فيظهر على سحنتها الراحة من ذلك - وأجود المشروبات الماء العذب القراح أو القلوى وعند وجود اسهال فالاجود اعطاء مشروب غروى من الشعير أو الارز واما غير ذلك من المشروبات المضاف اليها عصير بعض الاثمار او الحوامض النباتية او الخبز المجفف على النار ونحو ذلك فان المرضى تبغضها بسرعة و ينبغى للمرضى الشرب من ذلك جيد الاجل تعادل الفقد المائى الحاصل بواسطة كثرة التصاعدات البخارية الجلدية فهى وان لم تطلب المشروبات فى الادوار الاخيرة من النيفوس لفقد الادراك والارادة ينبغى اعطاءهم ذلك وكثيرا مايحصل الخطا العظيم من الاهمال فى ذلك ممن لم يحسن خدمة المرضى ومن المسائل المهمة جدا فى معالجة هذا المرض مسئلة التغذية بمعنى انه هل يجوز اعطاء المريض الاغذية أووضعه فى حمية تامة وقد اختلفت اراء الاطباء فى ذلك اختلافا عظيما فان معظم اطباء المانيا وفرانسا يزعمون ان اعطاء أغذية من امراق اللحوم أو البيض أو نحو ذلك من الجواهر المغذية فى الامراض الحمية مضر على العموم بلا شك فعند هؤلاء التدبير الغذاءى الحمى عبارة عن مجرد تعاطى الشربة المائية فقط واما اطباء الانكليز فانهم اعترضوا على من قال بذلك سيما اطباء المانيا بقولهم ان هذا التدبير الغذاءى ومنع المرضى من تعاطى موادغذائية تعوض جزئيات الجسم المحترقة أمر مضر للغاية يترتب عليه كثرة الهلاك بهذا المرض ونسبوا لذلك قلة الموت به فى بلاد الانكليز دون غيرها ويظهر ان لهذا الاعتراض اساسا حقيقيا وانى لمنكر على رؤوس الاشهادات تناقل الحمى الشديدة مع أى مريض بادخال بعض جواهر مغذية حيوانية كاللبن والبيض واللحوم مثبوت بمشاهدات دقيقة أكيدة ومن الجائز أن الاعتقاد الثابت القديم بحقيقة هذه النظريات نتج عنه ضرر عظيم فان ارتقاء فقد جزئيات الجسم وازدياد

التحليل العنصري الى درجة عظمى فى كل حالة حية لا نقض فيه ولا ابرام وليس هنالك مشاق جسمية مهما كانت درجتها ينتج عنها نهوكة الجسم واضمحلاله مثل الحمى فان هذه المشاق يمكن تحملها بلا ضرر لان الفقد العنصرى فيها يصير تعويضه بازدياد ادخال المواد الغذائية وتعاطيها بخلاف المصابين بالحمى فانهم يهلكون بالنهوكة لعدم كفاية التعويض العنصرى وان نظرنا لخصوص المرض المذكور نجد ان حرارة الجسم تزداد فيه عن الحالة الطبيعية جملة اسابيع وان الفقد العنصرى اعنى فقد جزئيات الجسم الناتج عن حركة التحليل يزداد ازديادا عظيما فانه فى الاحوال الجيدة نرى ان المرضى حال النقاهة يكونون فى نهوكة عظيمة بحيث ينقص وزنهم عن حالتهم الاصلية عشرة ارطال بل عشرين ولا تعود لهم حالتهم الطبيعية الا ببطء وهذا مما يوقظنا الى اعطاء الاغذية المقوية كالحوم الخ حيث لم يثبت أكيدا ان هذا التدبير ينشأ عنه ارتقاء الحمى وربما يقال من جهة اخرى بالتأمل الصادق يظهر انه لا فائدة للمرضى فى اعطاء الجواهر المذكورة اذا لم يمكن هضمها بل ذلك مضر برأينا فان المعدة اذا امتلأت بجواهر لا يمكنها هضمها اعتراها الفساد فيتهيج الغشاء المخاطى المعدى المعوى تبعا لذلك وقد ذكرنا فيما سبق ان عسر الهضم وفساده عرض ملازم لجميع الاحوال الحية فان لم نعتبر هذه الحقائق ونلتفت لها بالكلية وغلب على الظن ان المصاب بهذا الداء يفرز كمية كافية من العصير المعدى لهضم قدر عظيم من الجواهر الغذائية الحيوانية لوجدنا انه عوضا عن زيادة قوى المريض تحدث عنده مضاعفة مرضية جديدة مما يزيد خطره

فيستنتج من جميع ما ذكر القاعدة العمومية المثبوتة بالتجارب وهى ان يعطى المصاب بالتيفوس البطنى قليلا من الاغذية السائلة كالالبان أو الامراق من اول الامر وكلما استطالت مدته وازدادت نهوكته يجتهد فى اعطائه مواد غذائية قوية غير انها قليلة الكمية ايضا على حالة سائلة وكلما تقدمت النقاهة تزداد كمية هذه الاغذية وعند انطفاء الحمى بالكلية او انحطاطها انحطاطا عظيما تعطى لهم الاغذية الحيوانية على الحالة المتماسكة والاجود ان يبتدأ باعطاء اللحوم البيضاء حيث انها اسهل هضما

وعند تقدم النقاهة تعطى اللحوم الجرا وعلى الطبيب حينئذ ملاحظة حالة القناة الهضمية خوفا من طرو عوارض تابعية كالاسهال وغيره مما يخاطر بحياة المريض (واما اعتقاد عوام مصر بان الناقه من النوشة لا يبتدأ فى تغذيته الا بلحم الارانب فغير ضرورى وانقياد الحكيم لهم فى ذلك ليس الا مجاراة لاعتقادهم) وزيادة عن هذه الوسائط الصحية الغذائية ينبغى الايصاء بغسل جسم المصابين بالتيفوس بالماء القراح البارد او الممزوج بالخل جزء منه على ثلاثة من الماء مع المكمدات الباردة الخلية على الرأس والاطراف وتغير بسرعة جدا لاجل تنقيص درجة الحرارة وهذه الواسطة ينبغى تكرارها مرارا مع الاحتراس التام بحيث لا تجزع منها المرضى فان تأثيرها جيد وملطف للغاية ومتى كان التيفوس ذا سير منتظم قليل الشدة يمكن الاستغناء عن استعمال جواهر دوائية ومع ذلك لا شك فى ان استعمال كل من الماء الكلوروري المخفف (المركب من اوقيتين من الماء الكلوروري وست اواق من الماء المقطر ويوضع فى زجاجة سوداء ويعطى منه كل ساعتين ملعقة) وحمض المورياتيك ممزوجا فى صواغ غروى (بان يؤخذ من حمض المورياتيك المركز قدر نصف درهم مع ست اواق من غروى السحلب او محلول الصمغ مع قدر اوقية من الشراب البسيط ويعطى منه ملعقة كل ساعتين) فان لهما منفعة جيدة ملطفة فى هذه الاحوال

وحيث انه لا يجب معالجة مريض بدون اعطائه جواهر دوائية فالطرق المذكورة الموصى بها من قديم اولى من استعمال جواهر دوائية اخرى قوية التأثير مالم توجد دلالات تقتضى ذلك وكذا يسوغ اتباع العادة القديمة من استعمال حمض المورياتيك فى الاسبوع الثانى متى ازداد الاسهال والظواهر الشعبية غير ممزوج بمحلول غروى بسيط بل بمنقوع خفيف من عرق الذهب (مركب من ثمان قمحات من عرق الذهب على ست اواق من الماء) او بمغلى الكينا الخفيف فى الاسبوع الثالث (بان يؤخذ نصف درهم من حمض المورياتيك على ست اواق من مغلى الكينا)

ثم ان طريقة المعالجة المذكورة هذه تكفى فى غالب احوال التيفوس غير ان هناك احوالا عديدة تستدعى طرقا علاجية قوية فانه لا يمكن تبعيد الخطر

المهدد لحياة المريض فيه الا باستعمال تلك الوسائط واعظم خطر يهدد حياة المريض فى التيفوس البطنى والطفحى وغيرهما من الامراض التيفوسية والتسممية الحادة ينشأ من شدة الحمى غير ان عندنا وسائط قوية جيدة التأثير لمقاومة هذا الخطر فان خطر الحمى بالنسبة للمرضى يكون مزدوجا فمن جهة ارتقاء حرارة الجسم الى درجة زائدة عن الحد يودى لحصول شلل فى القلب وبذلك لا يمكن استمرار الحياة ومن جهة اخرى يؤدى استمرار تكون الحرارة وتولدها اعنى ازدياد الاحتراق العنصرى ازديادا مستمرا لنهوكة الجسم وفى الامراض الحمية ذوات المدة القصيرة او المتوسطة كالحميات الطفحية الحادة والتيفوس الطفحى والبطنى يكون الخطر الناشئ عن ارتقاء حرارة الجسم اعظم من الخطر الذى ينشأ عن ازدياد تولد الحرارة نفسها ومع ذلك فلا ينبغى اهمال هذا الاخير عند مضاربة الاول فانه يترتب على ذلك ضرر المرضى بدلا عن منفعتهم ولا اخشى التحذير من ذلك قبل ذكر الطرق العلاجية التى تنقص درجة الحرارة والابطاء بها فى معالجة كل من التيفوس الطفحى والبطنى وغيرهما من الامراض التيفوسية فان المعالجة بالماء البارد الخاصة بذلك استعملتها فى اكلينكى قبل الاطباء الانكروباتيين وتأيد نجاحها بمشاهدات اكيدة وكنت قبل ذلك بعدة سنين اغلف المرضى بملاآت مبتلة بالماء البارد لاجل تنقيص درجة الحرارة اذا وصل ارتقاؤها لدرجة تخاطر بحياة المرضى وتكرر هذه العملية فى كل عشر دقائق او عشرين حتى يتحصل على النتيجة وبعد ان اتضح لى مع التأكيد انه يحصل للمرضى تعب ومشقة فى تنقلهم من فراش الى آخر بكثرة استعملت عوض ذلك الحمامات الباردة العمومية لاجل تنقيص درجة الحرارة فانها اسهل استعمالا وتأثيرها الجيد مشابه لتأثير الاولى غير انها اسهل تحملا للمرضى بالنسبة لما ذكرآنفا ومع ذلك فلم يخف ما يحصل للمرضى بعد استعمال هذه الطريقة من انخفاض حرارة الجسم وبطء النبض وزوال اعراض الخمود والانحطاط الواضح الا انه يزول بسرعة وينتهى المرض بالشفاء التام غير انى شاهدت زيادة عن هذه الاحوال احوالا استمرت فيها درجة الانحطاط والهبوط زمنا طويلا بعد استعمال الحمام البارد واعقب ذلك

الموت بسرعة فايقظني ذلك للتفكر فى كونى هل احدثت منفعة للمريض
اوازلت عنه خطرا اواوقعته فى خطر اخر ولذا كان الاولى استعمال الحمامات
الباردة فى الامراض التيفوسية بالكيفية الآتية بان يغمس المريض
ابتداء فى حمام فاتر درجته نحو الثلاثين مئينية وتخفض درجته بالتدريج
الى ان تصل الى ١٨ وتختلف مدة الجلوس فى الحمام وتكراره بحسب الحالة
الراهنة وذكر المعلم براند انه ينبغى فى الاحوال الاعتيادية تكرار الحمام بالصفة
السابق ذكرها فى كل ثلاث ساعات مرة واحدة مع المداومة ليلا ونهارا لكن
ان لم تبلغ درجة الحرارة ٣٩ مئينية بوضع الترمومتر فى المستقيم بعد الثلاث
ساعات فلا مانع من تأخير الحمام وذكر المعلم المذكور انه ينبغى المبادرة
باستعمال هذه الطريقة فى الامراض التيفوسية متى احتاج الحال اليها
لكن من المهم مع ذلك ان يتبصر الطبيب عند استعمال المعالجة بالماء البارد
ويكررها بحسب الاقتضا ففى الاحوال غير الثقيلة جدا يكفى تكرار الحمام
فى ظرف ٢٤ ساعة من ٤ مرات الى ٦ وعند الاشخاص كثيرى
الحساسية اوالاطفال من الجيد ابتداء وضعهم فى ماء فاتر غير بارد تكون
درجة حرارته نحو ٢٨ ريومير (كما قاله ممسن) ثم تخفض الدرجة
المذكورة الى نحو ٢٠ او ١٨ بصب ماء بارد فى الحمام شيأ فشيأ وكذا من
الجيد عند شدة تأثير المرضى من البردان لا يستمر بالحمام بقدر ١٠ دقائق
اوربع ساعة بل يكفى فى ذلك استعماله بقدر ٨ دقائق او ٥ واقل ما هنالك
ان يكون الاستعمال ابتداء فى ذلك مع الهينة واللطف حتى لا يفزع
المريض من تأثره من البرد وذكر ليبرمايستر ان الزمن المهم فى استعمال تلك
الحمامات هو من الساعة السابعة مساء الى الساعة الثامنة صباحا وذلك
لانه ان حفظت درجة حرارة المريض فى اثناء زمن انحطاط الحرارة مدة
من الساعات على درجة تقرب من الطبيعية يمكن الجسم ان يحفظ
قواه فى هذا الزمن حتى يمكنه تحمل ارتقاء درجة الحرارة زمنا قصيرا
وهنالك زمن ثان جيد لاستعمال الحمامات وهو وقت ساعات الزوال
من الساعة الحادية عشر الى الساعة الثانية بعد الظهر وفى الاحوال
التيفوسية الثقيلة المصحوبة بارتفاع عظيم فى درجة الحرارة يعدمن خطاء

الطبيب السير الخطر لتلك الامراض ان لم يستعمل الحمامات الباردة فيها واما الاحوال الخفيفة التى لا يمكن استعمال هذه الحمامات فيها بسبب من الاسباب فينبغى ولا بد استعمال وسائط عوضا عن ذلك والعادة أن تعتبر درجة ٣٩ فى الحفرة الابطية و ٣٩ و ٥ خطوط فى المستقيم حدا فاصلا لاستعمال الحمامات المبردة وفى الاحوال الخفيفة وكذا عند المرضى الضعفاء البنية الذين لا يسوغ استعمال الحمامات لهم ينبغى تعويضها بلف الجسم بملاآت مبتلة بالماء البارد بعد عصرها فانها الطف فى التأثير والتحمل عن الحمامات فانه طبقا الرأى ليبرمايستر ينتج عن تغليف الجسم المتتابع من ١٠ دقائق الى ٢٠ تأثير مبرد كحمام بارد مدته ١٠ دقائق واما استعمال المكمدات الباردة على الجلد او الرأس او قسم القلب او البطن فليس لها تأثير فى تنقيص حرارة الجسم العمومية الا انها تحفظ الاعضاء التى اسفل منها من تأثير الحرارة المرتفعة جدا ومن المهم فى الطب العملى عند العامة ان اجراء هذه الطريقة لا يصادف صعوبة عظيمة فانهم لا يفزعون من وضع المريض فى حمام فاتر مثل ما يفزعون من تغليفه بملاآت مبتلة بالماء البارد أو غمسه فيه أو صبه عليه ونحو ذلك والعوارض التى تمنع من استعمال الحمامات المبردة بالتدريج هى النزيف المعوى والحيض الذى يطرأ فى اثناء سير التيفوس بخلاف بعض العوارض الثقيلة والمضاعفات التى تحصل فى اثناء سير هذا المرض كالالتهابات الباطنة والاسهال الغزير والانتفاخ الطبلى البطنى وكذا الظواهر الانحدارية والعصبية فانها لا تمنع من استعمال تلك الحمامات بل انه فى احوال شلل القلب المهدد يمكن استعمال حمامات اقل درجة فى التبريد قصيرة المدة مع اعطاء بعض ملاعق من نبيذ جيد اذ بذلك يمكن حفظ فعل القلب مع انتظامه زمنا ما

وما عدا تنقيص درجة حرارة المصابين بالتيفوس بواسطة الماء البارد فاكثر الوسائط العلاجية استعمالا الكينين ومركباته وكثيرا ما مدح هذا الجوهر فى معالجة التيفوس البطنى وتكرر الايصاء به كما تكرر تركه فيه لعدم الحصول على الغاية المطلوبة حيث لم يكن لهذا الجوهر تأثير خاص فى سير الامراض التيفوسية سوى تلطيف درجة الحرارة وتنقيصها

فقد

فمتى ارتقت فى المصابين بالتيفوس زيادة عن ٣٩ وجب استعمال الكينين بكمية صغيرة كما هو الجارى الآن دون ما كان سابقا فانه كان يعطى منه من ٢٠ قمحة الى ٣٠ فى ٢٤ ساعة والاجود ان يعطى منه من قمحة الى اثنتين كل مرة على حالة سائل مضافا اليه قليل من حمض الكبريتيك المخفف وباستعمال الكينين بهذه المثابة يمكن تنقيص درجة الحرارة بحيث لا يضطر الى كثرة تكرار الحمامات المبردة وهذا جيد = وقد أوصى المعلم وندرلش باستعمال الديجتالا أيضا فى التيفوس البطنى لاجل مقاومة الحمى والنتائج الجيدة التى تحصل عليها هذا الشهير الماهر فى الاحوال المصحوبة بسرعة فى النبض عظيمة وارتقاء مستمر فى درجة الحرارة تلجأنا لفعل تجارب بهذا الجوهر الدوائى فان تأثيره المضاد للحمى معلوم لدينا كما ذكرناه فى معالجة الالتهاب الرئوى وغيره من الامراض الالتهابية ومثل الجوهرين المذكورين فى التأثير حمض الصفصافيك ولاسيما صفصافات الصود فانهما استعملا بكثرة مع النجاح فى العصر الجديد بمقدار من ٥ قمحات الى ٦ ويكرر ذلك جملة مرات فى النهار بل وبعضهم فضلهما على الكينين واستعمال هذه الجواهر لا ينافى المعالجة بالحمامات المبردة ولا تقوم مقامها عند زيادة الحرارة على ٣٩ او ٣٩ ونصف

وزيادة عن الحمى فان اضطراب الاعضاء التنفسية كالنزلات الشعبية والاحتقانات الانحدارية وهبوط الرئة توقع المريض فى خطر عظيم متى امتدت امتدادا عظيما غير اننا لا نستطيع دفع هذا الخطر دون السابق وما أوصى به بعض الاطباء من اعطاء مشروبات فاترة عند وجود نزلات شعبية شديدة عوضا عن الباردة مبنى على نظريات لا مشاهدات فى الطب العملى فان الطبيب متى وضع يده على جلد المريض وأحس بحرارة لذاعة لا يخطر بباله دفع النزلات الشعبية الشديدة بواسطة منقوع فاتر من الازهار الصدرية وأكثر الوسائط العلاجية استعمالا فى النزلات الشعبية الشديدة التيفوسية المحاجم التشريطية والجافة والوضعيات الفاترة أو الخردلية أو المنفطة على الصدر وتعاطى منقوع من عرق الذهب (سبع قمحات منه فى ست أواق من الماء) أو منقوع البوليجالا (نصف درهم منه على ست

أواق من الماء) مع اضافة سائل اليانسون النوشادرى (بقدر نصف درهم
أو درهم على احد هذين المنقوعين) وجميع هذه الوسائط العلاجية
لا تحدث تحسينا قويا بالمريض سوى المحاجم التشريطية والجافة فكثيرا ما ينتج
عنها تحسين وقتى = وأما اللهيبات الجلدية فانها غالبا تكون مضرة ومتى احس
فى الصدر بخراخر رطبة ولم يخرج منها شئ بالنفث ينبغى اعطاء زهر الجاوى
(من قمحتين الى أربعة) فان لم تنجح هذه الواسطة يعطى مقئ فانه ان كان
هناك واسطة علاجية نافعة فى دفع الخطر فهى هذه ولابد ولاجل تجنب
امتداد الاحتقانات الانحدارية ينبغى منع المريض من الاستلقاء على ظهره
دائما بل ينام على الجنبين مع التناوب غير انه يتأسف على عدم امكان
اتباع هذا الامر زمنا طويلا وأما معالجة الهبوط والالتهاب الرئويين
فلتراجع فى معالجة النزلة الشعبية وعند وجود رعاف غزير لا ينبغى ضياع
الزمن بالاستنشاقات القابضة والحوامض المعدنية والوضعيات الباردة
على الجبهة بل يسرع فى اجراء سد الانف الجزئى بواسطة كرة من القطن
مغموسة فى محلول خفيف من فوق كلورور الحديد فى جهة او فى الجهتين
معا وهذا يكفى فى غالب الاحوال وأما ان كان النزيف غزيرا جدا ولم تكف
هذه الواسطة وسال النزيف من الفتحات الخلفية للخياشيم وجب فعل السد
التام بواسطة مجس بللوك وشرح ذلك منوط بفن الجراحة وأما الظواهر
المعوية فمنها الاسهال فان كان خفيفا فلا يحتاج لمعالجة مخصوصة والا وجب
استعمال القوابض سيما محلول الشب (درهم منه على ست اواق من الماء)
أو التنين (من جرام الى نصف درهم على ست اواق من الماء) ويضاف لذلك
الصبغة الافيونية (من جرام الى نصف درهم) وأما الزحير المتكرر المؤلم
فالاجود فيه استعمال الحقن النشوية المضاف اليها قدره ١ نقط أو ١٢ من
الصبغة المذكورة وعند حصول تمدد طبلى عظيم فى البطن يمكن الاجتهاد
فى اخراج الغازات المحتبسة فى المعاء بواسطة الحقن المفككة أى الطاردة
للغازات كالمركبة من ٨ أواق من منقوع البابونج ونصف درهم الى درهم من
صبغة الحلتيت مع دلك البطن بجوهر بلسمى طارد للغازات أيضا كالدلك بزيت
البابونج المضاف اليه بعض نقط من عطر اليانسون او المرمية أو الوضعيات

الباردة على البطن او الحقن الباردة فان لم تثمر وازداد الانتفاخ الطبلى للبطن وخيف من الاختناق وجب استفراغ الغازات بواسطة أنبوبة مرنة كالمجس المروى بادخاله من الشرج وعند حصول ازفة معوية غزيرة ينبغى وضع مكمدات باردة على البطن أو جليدية مع التكرار بسرعة جدا ويعطى من الباطن الشب محلولا فى مصل اللبن وكذا عند حصول التثقب المعوى من الجيد أيضا استعمال المكمدات الباردة على البطن لاسيما تعاطى الافيون بمقدار عظيم متكرر مع الجسارة بان يعطى منه قدر قمحة كل ساعة أو ساعتين مع استعمال جرعات صغيرة من الماء الجليدى أو ازدراد قطع صغيرة من الجليد تقاوم العطش الشديد وعند ظهور اعراض التهاب بريتونى ليس ناشئا عن تثقب معوى يفضل استعمال المكمدات الباردة على البطن عن ارسال العلق = وعند شلل العضلة المضيقة للمثانة (وكثيرا ما يهمله الاطباء الغير المتمرنين) ينبغى استفراغ المثانة بواسطة القساطير مرة او اثنتين كل يوم وقد ذكرنا فيما تقدم انه بالنظافة والغسل بالماء البارد والاستحمام به مع الدقة يمكن تجنب حصول الغنغرينا الوضعية فمتى ظهرت العلامات الابتدائية للايرتما ينبغى حفظ الاجزاء المحمرة من الضغط بواسطة وضع مخدات مرنة ممتلئة بالهواء وغسلها بماء جولار أو بالنبيذ المخفف أو العرقى وينبغى تغطية الاصفار المتسلخة بمرهم رصاصى أو خارصينى أو بمرهم التنين (اعنى المرهم المضاد للغنغرينا الوضعية للطبيب أوتنريد) مع مسها بالحجر الجهنمى خفيفا وان حصل فقد جوهر عظيم وكان قاعه وسخا وجب معالجته على حسب قواعد الجراحة بواسطة الضمادات الفاترة والمراهم المنبهة المضاف اليها الراسب الاحمر أو نترات الفضة أو وهو الاجود بمحلول مخفف من حمض الفينيك وان حصلت خراجات متعددة وجب المبادرة بفتحها وان تكرر حصولها فى اثناء النقاهة وكانت حيوية الجلد والمنسوج الخلوى ضعيفا جدا وجب استعمال الحمامات العطرية الحديدية وان انحطت قوى المريض ولو مع غاية الاحتراس وصار النبض صغيرا وارتقى الانحطاط الى درجة عظمى يخشى منها وجب اعطاء النبيذ الاحمر مع الحماسة لاسيما نبيذ مدايرا أوبردو أو البوزة القوية كما ذكره (فيغر) وليس ثم جوهر دوائى منعش أو

مقو وله تأثير جيد مثل النبيذ القوى أو الشمبانيا والقول بان استعمال المشروبات الروحية يزيد فى الحمى لا اساس له فلا يلتفت اليه ولذا لا ينبغى الاهمال الى ان يحصل الانحطاط الكلى حتى يوصى باستعماله بل يبادر فى الاحوال التى فيها يشاهد ان المرضى وقعت فى درجة ضعف عظيم فى ابتداء الاسبوع الثالث أو انتهاء الثانى باعطاء قدر كاف من النبيذ الخفيف لاجل حفظ قواهم

وبالجملة ينبغى التيقظ الكلى لتدبير غذاء المرضى فان عدد من يهلك اثناء النقاهة من التيفوس عظيم اما لاهمال الطبيب فى حمية المرضى فيما يعطى لهم من المآكل أى فى ترتيبها وتخصيصها وتقديرها ويكون ذلك خطأ من الطبيب أو عدم اتباعهم لما أوصاهم به والاجود فى ذلك تكرار نوب الطعام مع اعطاء قليل منه كل مرة حتى يمكن هضمه بالعصارة المعدية المنفرزة بكمية قليلة فى اثناء النقاهة وينبغى تجنب الجواهر الغذائية التى يتكون عنها مواد برازية بكثرة فان أقل تلبك فى الهضم أو اسهال ضعيف أو قى خفيف قد يكون عرضا خطر الغاية اذ قد ينشأ عن ذلك تثقب فى القروح المعوية التى لم يتم التحامها

(المبحث العاشر)

(فى التيفوس النكسى المعروف بالحمى التيفوسية الراجعة أو المترددة)

(كيفية الظهور والاسباب)

التيفوس النكسى من جملة الامراض التسممية الحادة التى لا يشك فى انتشارها وسريانها بالعدوى وان لم يمكن الحكم مع التأكيد على سريانه بمحض العدوى كما ذكرناه فى الامراض الطفحية الحادة كالحصبة والقرمزية والجدرى وانه لا يصاب احد بها الا بالعدوى فان هناك أمورا تدل على ان الجوهر المعدى للانسان المحدث لمجموع اعراض هذا المرض لا يكون متولدا فى جسم المريض فقط فيعدى غيره بل قد يتكون خارجا عن الجسم البشرى أيضا عند وجود اسباب مساعدة على ذلك والامر المعلوم من ان هناك بعض أقاليم طبيعية أرضها تؤدى لظهور الميازما المحضة او الملاريا اى السم الاجامى تنتشر فيها على الخصوص اوبية هذا المرض

ينافى بالكلية انتشار هذا المرض بمجرد العدوى وعلى الخصوص يقال ذلك مما ثبت بالتجارب من انه لا ينـدر ظهور او بئة هذا التيفوس فى بعض الاقاليم أو البلاد التى لم يشاهد فيها هذا المرض من منذ سنين متى حصل قحط فى تلك الجهات واضطر الشخص لتعاطى الاغذية الرديئة المنفسدة لقلة الاغذية الجيدة ومن جهة أخرى يوجد بعض أمور تنا فى تكوّن هذا المرض وانتشاره بالكيفية السابقة والاستدلالات التى استنبطناها منها فيما سبق ان الاصل المعدى لجميع الامراض التسممية الحادة عبارة عن جسيمات آلية دنيئة جدًّا تطبق أيضا على التيفوس النكسى وهذا وان كان جائزا يعسر علينا القول بان هذه الجسيمات الالية التى تتكوّن وتتكاثر فى الجسم الانسانى يمكن تكوينها وتكاثرها أيضا خارجا عنه عند وجود شروط مخالفة لما سبق بالكلية

ونحن نقول ان النظريات الآتية (التى لا يمكننا اثبات حقيقتها) معول عليها فان جميع الحقائق المعلومة فى الامراض التيفوسية وكيفية تكوينها ومنشئها يطبق على هذا النوع من التيفوس ولا يمكن انكار المشابهة التامة بين انتشار هذا التيفوس ومجموع الاعراض التى تسير به وبين انتشار باقى أشكال الامراض التيفوسية واعراضها التى سبق الكلام عليها ومن جهة أخرى توجد بعض أعراض تدل على اختلاف هذا المرض عن بقية أشكال الامراض التيفوسية وقربه ومشابهته للحميات المتقطعة وكل من هذه المشابهة والتجارب المثبوتة بانه لا يوجد أدنى برهان يثبت ان مريضا مصابا بتيفوس بطنى أو طفحى قد اعدى شخصا آخر بالتيفوس النكسى والعكس بالعكس الجأ اغلب المؤلفين لاعتبار هذا المرض نوعا ثالثا من الامراض التيفوسية وما يشاهد من انه بعد تسلطن التيفوس البطنى أو الطفحى زمنا طويلا قد يظهر هذا المرض مع احدهما أو بعده لا سيما ان شوهد ذلك فى البقاع المتسلطن فيها الشروط السابق ذكرها بوجه مما سنذكره وهو ان الجسيمات الالية الدنيئة الناشئ عنها الاصل المعدى للتيفوس البطنى أو الطفحى يعتريها تنوّعات بتأثير الاجام أو تعاطى المواد الغذائية المنفسدة على الجسم بمعنى انه يتكوّن

نوع جديد من هذه الجسيمات اى أصل معد جديد قريب من السابق ذكرهما وليست مماثلة لهما بالكلية

ونحن نقول ان تاريخ الاوبئة المتكررة على مدا الازمان يؤيد مذهب دروين بالنسبة لمنشأ انواع مرضية معدية جديدة فاننا لا نشك فى تكون أمراض سمية بنيية على توالى القرون وظهور امراض من هذا القبيل بدلا عما كان متسلطنا قبل فاننا فى كتب الاقدمين من الاطبا نجد شروحات عجيبة دقيقة على كثير من الاشكال المرضية التى يعسر معرفتها وتمييزها عن بعضها بالكلية ولولا ذلك لما خفى على أبى قراط مع زكاء عقله واستنارته شرح مجموع اعراض الحصبة والقرمزية والتيفوس البطنى ونحو ذلك من الامراض التى هى الآن كثيرة الانتشار لو كانت متسلطنة فى زمانه وفى وطنه ومتى قلنا بحقيقة هذا الرأى واعتبرنا ان الامراض المعدية متعلقة بتسمم الجسم بواسطة جسيمات آلية دنيئة الدرجة جدا لزمنا القول أيضا عند ظهور امراض تسممية عامة جديدة بتكون أنواع جديدة أيضا من هذه الجسيمات الآلية الدنيئة وهلا يقال ان تنوع اوبئة مرض واحد واختلاف خبثها فى الازمنة المختلفة والتنوعات الخصوصية التى يكتسبها بعض الاوبئة يمكن توجيهه مع الايضاح بتنوعات قليلة وتنقلات تدريجيه فى الاشكال المختلفة من الامراض التسممية الى تنوعات اخرى متقدمة من الجسيمات الالية الدنيئة المعبر عنها بالاصل المعدى الآلى

ثم ان الامور المساعدة على ظهور هذا المرض هى عين المؤثرات المعينة على ظهور باقى الانواع التيفوسية وغيرها من الامراض المعدية كالفقر والحرمان والحرابات والقحط وعدم النظافة والمحافل فى اماكن ضيقة والهواء الردئ ونحو ذلك وهذه المؤثرات المضرة لا تعتبر كباقى الامراض الوبائيه سببا اصليا لهذا المرض بل تعتبر اسبابا مساعدة على نمو جرثومته المرضية وانتشارها فان السبب الاصلى لهذا المرض اصل معد ينشأ فى جسم المريض والحامل له فطر نباتى من الفصيلة البكترية الحلزونية كما استكشفه اوبرماير (ويسمى بالاسبيروشيتى لاوبرماير) وهذا الفطر يشاهد بالمكروسكوب مكونا الاخيطة حلزونية عرضها ١٠٠٠ ملليمتر وطولها من ٢٠و الى ٠٫٠٥١

مليمتر وهذه الاخيطة تشاهد فى الدم الحديث محدثة لحركة رحوية سريعة تزول متى برد الدم وانجمد

ثم ان الاستعداد للاصابة بالحمى التيفوسية النكسية يظهر انه كثير الانتشار جدا واقل ماهنالك ان اوبية هذا المرض تمتد امتدادا عظيما وقد شوهد جملة مرات اصابة بجميع سكان الاماكن ولو العظمى المعرضة لتأثير الاصل المعدى من هذا المرض بالحمى التيفوسية المذكورة ولا يوجد طور من الحياة مصون عن الاصابة بهذا الداء غير ان اغلب الاصابة به تحصل فى سن الشبوبية والكهولة ولا ينكر التأثير المهيئ للاماكن الرديئة والاغذية غير الكافية بحيث ان اغلب من يصاب بهذا المرض فى مدة تسلطنه تسلطنا وبائيا هم الفقراء وان كان يظهر ان الاغنياء ليسوا مصونين عنه بالكلية وكثيرا ما تصاب الاطباء به سيما خدمة المرضى الملامسين لهم بكثرة والاستعداد للاصابة بهذا المرض لا ينطفئ بالاصابة به اوّل مرة كما فى باقى الامراض التيفوسية

﴿الصفات التشريحية﴾

من الصفات التشريحية التى فعلت فى احوال وباء المرض المختلف الشدة والخبث ومن الاعراض التى شوهدت مدة الحياة اتضح ان تسمم الجسم بالاصل المعدى للحمى التيفوسية النكسية لا يؤدى فقط لحصول حمى شديدة ذات سير مخصوص بل كذلك يؤدى لتغيرات مرضية فى اعضاء مختلفة كالطحال والكبد والكليتين والنخاع العظمى وهى عبارة عن اضطرابات دورية وتغيرات غذائية جوهرية تزول بسهولة واما فى الاوبية الخبيثة اعنى عند تأثير الاصل المسم من هذا المرض تأثيرا شديدا فانه يحدث فى الاعضاء المذكورة تغيرات مرضية جوهرية ثقيلة مكتسبة لشكل التهابات جوهرية اوتقيحية ثم ان الاضطرابات الغذائية الناشئة عن هذا المرض لا تكون ذات وصف مخصوص كما يشاهد فى غير هذا المرض من اشكال الامراض التيفوسية ولا تختلف عن غيرها من الاضطرابات الغذائية الناشئة عن أسباب أخرى

وجثة الهالكين بهذا المرض تحفظ التيبس الرمى الذى يحصل بسرعة

زمناطويلا ولون الجلد يكون اصفر قليلا وقد يكون برتقانيا واضحا بالكلية وفى المحال المنحدرة من الجسم يوجد احتقانات انحدارية رمية ممتدة

ولا تكون العضلات داكنة اللون كما يشاهد ذلك فى غير هذا المرض من الامراض التيفوسية وعند البحث من الالياف العضلية بالمكرسكوب يشاهد فى أحوال كثيرة انها مكابدة لاستحالة مرضية متقدمة كثيرا اوقليلا فتظهر داكنة متعكرة وحزوزها المستعرضة قليلة الوضوح وممتلئة بمادة حبيبية دقيقة جدا تزول باضافة قليل من حمض الخليك اليها ومع ذلك فان كلا من الحزوز المستعرضة والمستطيلة للالياف يزول وهذه الاستحالة لا توجد فقط فى العضلات التى كانت تجلسا الآلام شديدة مدة الحياة بل ولا التى كانت اكثر وضوحا فيها من غيرها فانها ان وجدت تكون ممتدة فى جميع عضلات الجسم ولون الدم فى الاحوال الحديثة يكون داكنا اواحمر كرزى ولا يحتوى الاعلى قليل من التعقدات الليفية وعند امتداد هذا المرض امتدادا طويلا يكون الدم مائعا فاقد الخاصية الانعقاد وقد وجد هيدن رايش فى الدم جسيمات عضوية اولية معتر بها الاستحالة الشحمية اوغير متغيرة واخلية محتوية على جسيمات دموية ونويات متشحمة وجميع ذلك ليس خاصا بدم المصابين بالتيفوس النكسى بل كذلك توجد فى دم المصابين بامراض تسممية أخرى وامراض التهابية واما التكونات الخاصة المحتوى عليها دم المصابين بالتيفوس النكسى المعروفة بالاسبير وشيتى فقد تقدم الكلام عليها

وكل من الدماغ والسحايا يكون كثير الدم جافا فى الاحوال التى يحصل فيها الموت عند ارتقاء هذا المرض الى اشد درجة والجيوب الدماغية تكون فارغة واما ان كان فى الدور الاخير من هذا المرض فان السحايا تكون قليلة الاحتقان والدماغ نفسه قليل الدم باهتا وكل من المسافات تحت العنكبوتية والجيوب الجانبية يكون محتويا على كمية عظيمة من سائل مصلى

والغشا المخاطى للشعب لا يوجد فيه تغيرات قارة فيكون دم الرئتين قليلا او كثير الاسيما فى الاجزاء المنحدرة منهما وفى الاحوال المستطيلة المدة تحتوى هذه الاجزاء على سدد دموية اوارتشاحات التهابية رئوية ممتدة والطبقة

العضلية من القلب تكون باهتة سهلة التمزق وقد وجد المعلم كيتنر عند البحث عليها بالمكرسكوب استحالة مرضية مخصوصة فيها وعبر عنها بارتشاح مادة زلالية اوليفية وعند استمرار هذا المرض زمناطويلا توجد احيانا جدر القلب مسترقة جدا

والغشا المعدى والمعوى المخاطى يكون محتقنا او احمرا كيموزيا ويكون كل من الغدد المتفرقة والمجتمعة فى المعاء فى بعض الاحوال عظيم الجحم لكنه لا يكون مرتشحا ولا متقشكرا مطلقا والقناة الصفراوية احيانا منسدة بسبب انتفاخ غشائها المخاطى او بواسطة مواد مخاطية متراكمة فيها وفى مثل هذه الاحوال يكون متحصل المعاء قليل التلوّن والحوصلة المرارية ممتلئة امتلاء عظيما

والكبد يكون عظيم الجحم جدا ويظهر ان ذلك ناشئ عن امتلائه بالدم وقد يكون لونه فى بعض الاحوال كما قاله كيتنر ذاهيئة مرمرية وذلك لانتشار اجزاء محدودة ذات لون اصفر مبيض شبيه بشمع العسل فى جوهر الكبد وهذه الاجزاء عند تقدم هذا التغير فى الكبد قد تشابه عقد السرطان النخاعى ولا يمكن معرفة الحبوب الكبدية فى مثل هذه الاجزاء والحويصلات الكبدية تفقد شكلها البوليجونالى (اى المضلع) الخاص بها وتكون نواياتها عسرة الوضوح ممتلئة بمادة متجانسة وقد وجد المعلم المذكور فى مثل هذه الاحوال التى ابتدأت باليرقان وانتهت انتهاء محزنا من ابتداء الاصابة ان الكبد صغير الحجم وجوهره متلون تلونا يرقانيا رخوا سهل التمزق (وذلك يشاهد على الخصوص فى التيفويد الصفراوى) وبالبحث بالمكرسكوب يوجد به مثل ما يوجد فى احوال الضمور الاصفر للكبد وكذا الطحال يكون على الدوام متزايد الجحم ازديادا عظيما بحيث يفوق عن حجمه الطبيعى بخمس مرات اوست ويصل ثقله الى اربعة ارطال اوازيد وجوهره يندر ان يكون رخوا جدا عجينيا كما يشاهد ذلك فى الدور الاول من اشكال الامراض التيفوسية السابق ذكرها بل يكون غالبا فى الابتداء يابسا سهل التمزق وعند شقه تظهر جسيمات ملبيجى على هيئة نقط سنجابية مبيضة اومصفرة فى حجم رأس الدبوس وقد توجد احيانا فى الطحال بورات صغيرة

مستديرة تارة وتارة غير منتظمة فتكون من حجم حب الدخن الى حجم الفندقة ذات لون مصفر او ابيض مصفر وتكون ابتداء ذات مقاومة ثم تلين فيما بعد لينا قيحيا وقد زعم المشرح كينبر المذكور ان هذه البورات عبارة عن تمددات وارتشاحات فى الهالات الكهفية الكائنة بين الشبكة الوريدية من الطحال يحصل فيها فى ادوار هذا المرض الاخيرة كما يحصل فى الالتهاب الوريدى عقب السدد الوريدية الذاتية التهابات وتقيحات فى الاجزاء المحيطة بها

وتكون الكليتان عظيمتى الحجم جدا بحيث يتضاعف وذلك ناشئ عن انتفاخ الجوهر القشرى فيكون مضيقا للانابيب وضاغطا عليها ويعسر نزع المحفظة الكلوية بحيث عند نزعها بقوة ينجذب معها بعض اجزا من جوهر الكلية وعند البحث بالمكرسكوب توجد الاخلية البشرية للقنوات البولية منتفخة او ممتلئة بمادة حبيبية رقيقة وفى الدور الاخير من هذا المرض تتلاشى هذه الخلايا فتكون القنوات البولية ممتلئة بمادة حبيبية وفى احوال نادرة يوجد فى الكلية جملة خراجات صغيرة وكذا النخاع العظمى يوجد فيه تغيرات تشريحية واضحة على شكل بؤرات لينة محدودة

(الاعراض والسير)

مدة تفريخ هذا المرض لم تعرف بالضبط فى اثنائه اعنى من ابتداء تأثير الاصل المعدى الى حين ظهور المرض نفسه واتضاحه يكون بعض المرضى متمتعا فى الظاهر بحالة صحية وبعضهم يشتكى اضطرابات قبل ظهور هذا المرض بزمن ما قليل الطول او كثيره كالاحساس بالتعب العام وآلام فى الرأس وثقل فيه وازدياد العطش وآلام متنقلة فى الاطراف وعلى كل حال يكاد يبتدأ هذا المرض على الدوام بقشعريرة مختلفة المدة والشدة يعقبها احساس مستمر بحرارة عمومية شديدة

ومتى ابتدأت الحمى تقع المرضى فى حالة ضعف عظيم بحيث لا يستطيعون الوقوف على اقدامهم ويشتكون بآلام شديدة فى الرأس سيما الجبهة ودوار وطنين فى الاذنين وعلى الخصوص تشتكى بالام عضلية شديدة تكاد

تكون واصفة لهذا المرض ومجالس هذه الآلام الاطراف والقفا وهى من
الاعراض المحسوسة للمرضى والاكثر ايلاما لهم ويوجد عندهم ابتداء
درجة خفيفة من تنبه عصبى غير انه يزول بسرعة ويعقبه انحطاط سريع
فى القوى العقلية بحيث لا يجيب المرضى جوابا ولا يحسنون خطابا ولا يلتفتون
لما حولهم ومن النادر ظهور الهذيان والخدر عندهم ولو بلغت الحرارة
درجة قوية جدا وهذا مما ينافى ان الاضطرابات العصبية فى الامراض
التسممية الحادة لا تكون متعلقة بارتفاع درجة الحرارة فقط وفى
ابتداء هذا المرض يكون وجه المرضى متوقدا قليلا سيما الشبان والجلد
حارا جافا مغطى بعرق خفيف احيانا ولا ينبغى اعتبار ذلك علامة جيدة
عند ارتقاء المرض الى اشد درجته ويكون العطش متزايدا عظيما والشهية
مفقودة ولو تعاطى المرضى بعض المأكول واللسان عريض امدبيا من الامام
وعلى جانبيه انطباعات الاسنان وظهره مغطى بطبقة كثيفة مبيضة وطرفه
محمرا كحوافيه ومهما كان ارتقاء درجة الحرارة فان اللسان يبقى فيه بعض
رطوبة غالبا ويكاد لا يتكون عليه مطلقا الطبقة المسودة الجافة التى تغطى
اللسان الضيق المدبب فى التيفوس البطنى بكثرة كما انها تغطى الاسنان
واللثة فى هذا المرض الاخير ويكون البلعوم مجلسا لحالة نزلية خفيفة عادة
وفى النادر شديدة وهذه الحالة تتضح باحتقان الغشاء المخاطى احتقانا
شديدا وبافراز مادة مخاطية لزجة منه وقد يظهر احيانا قىء متكرر
من مواد صفراوية فى ابتداء هذا المرض وقد يحصل غالبا للمريض امساك
وفى النادر اسهال عقب تعاطى كمية عظيمة من المشروبات وسرعة التنفس
تكون متزايدة تزايدا عظيما بنسبة الحمى بحيث يرتقى الى ٣٠ أو ٤٠
حركة تنفسية فى الدقيقة الواحدة ولو مع عدم مضاعفة شعبية أو رئوية
وقد يفقد كل من الاعراض المدركة للطبيب والمحسوسة للمريض من
النزلات الشعبية بكثرة كما انه يوجد = وقد يكون البطن منتفخا أو منقبضا
ويحس المريض فى قسم الكبد والطحال عند الضغط بتألم او يوجد فيهما ألم
مستمر وبالبحث الطبيعى عن هذه الاعضاء يظهر فيها ابتداء تمدد عظيم
بحيث لا يندر تجاوز الكبد لحافة الاضلاع ويمتد نحو السرة والمراق الايسر

وكذا الطحال يكون مثل الكبد فى تجاوز حافة الاضلاع بحيث يحس به عند الجس

وعند البحث عن البول يوجد غالبا كما ثبت بمشاهدات اوبيرميير العديدة الدقيقة جميع الصفات الخاصة بالالتهاب الكلوى الجوهرى فان هذا الطبيب قد وجد ان البول زيادة عن احتوائه على الزلال بكمية قليلة او كثيرة مختلط بكرات دموية واسطوانات بشرية داكنة فى ثانى الاحوال تقريبا وعند تقدم هذا المرض كانت هذه الاسطوانات مغطاة ببقايا الخلايا البشرية الحبيبية وفى انتهائه تتعرى بالكلية وكمية البول فى اثناء الحمى تكون متناقصة ووزنه النوعى متزايد بحيث يصل من ١٠١٢ الى ١٠٢٠

وهناك درجة خفيفة من اليرقان تنضم احيانا الى الاعراض السابقة تنشأ عن حالة نزلية فى المسالك الصفراوية ويستدل على ذلك بقلة تلون المواد البرازية ووجود الحوامض الصفراوية فى البول وبذلك يعلم ان منشأ هذا اليرقان هو احتباس الصفراء فى الكبد بمعنى انه يكون يرقانا ميخانيكيا ومميزا عن اليرقان الذى سيأتى ذكره اعنى الناشئ عن فساد الدم المصاحب للاحوال الثقيلة جدا فى هذا المرض

ثم انه مما ذكر يتضح جيدا ان الاعراض التى توجد فى ابتداء هذا المرض بقطع النظر عن الالام العضلية الشديدة لا تتميز عن الاعراض المرضية الناشئة عن كل حمى شديدة تميزا تاما وفى الحقيقة يلزمنا اعتبار الحمى الناشئة عن تسمم الجسم بالاصل المعدى للحمى النكسية انها الظاهرة الرئيسة الدالة على هذا المرض فان هذه الحمى لا تظهر الصفة المخصوصة التى اتخذ منها تسمية هذا المرض بمعنى انها تكاد تنتهى على الدوام ببحران واضح بعد النوبة الاولى ثم تعود ثانيا بعد بعض زمن وتشتد اشتدادا عظيما بل انها تظهر صفات اخرى يتضح منها حقيقة هذا المرض وتشخيصه ولو من اول نوبته

وقد ثبت بمشاهدات الطبيب اوبيرمير الذى فعل تجارب عديدة على حرارة الجسم فى اثناء نوبة القشعريرة التى تبتدئ بها النوب التالية ان حرارة

الجسم ترتفع ايضا فى اثناء القشعريرة الاولى بل ارتفاع قليل لدرجة الحرارة يسبق هذه النوبة وارتفاع درجة حرارة الجسم التى تحصل فى اثناء هذا المرض تكون عظيمة جدا وغير اعتيادية فانه لا يندر ارتقاؤها الى ٤١ و ٥ خطوط بل احيانا شوهد ارتقاؤها اكيدا الى ٤٢ و ٥ خطوط بمعنى انها تصل الى درجة لا تكاد تصل اليها فى باقى الامراض الحمية حيث تصل الى درجة لا يمكن معها بقاء الحياة وتكتسب الحمى فى هذا المرض الصفة المترددة كما فى التيفوس البطنى فالتموجات اليومية للحرارة قد تكون من بعض خطوط واحيانا تبلغ درجة كاملة واعظم ارتفاعها يكون مساء وكذا تصل سرعة النبض فى هذا المرض الى حد لا يكاد يشاهد فى غيره من الامراض فان سرعته فى جميع الاحوال تكون من ١١٠ الى ١٢٠ فى الدقيقة الواحدة ولا يندر وصولها الى ١٣٠ بل الى ١٥٠ بدون ان تكون هذه الظاهرة من العلامات المحزنة فان هذه السرعة فى ذلك المرض لا تطابق ارتقاء درجة الحرارة كما فى غيره وفى الابتدا يكون النبض صلبا متوترا ثم يصير رخوا ومتموجا عقب ضعف نصف شللى فى الطبقة العضلية الوعائية ولا يندر ازدواجه وبهذه المثابة يكون سير هذا المرض مدة من خمسة ايام الى سبعة ويندر استمراره على هذه الحالة احد عشر يوما او اثنى عشر ثم يحصل تغير عظيم واضح جدا فانه بعد بلوغ الاعراض والحرارة الى اشد درجتها وكذا ضربات النبض وحصول رعاف غزير متكرر يظهر على الجلد بغتة عرق غزير بعد ان كان جافا فحينئذ يحصل انحطاط فى جميع الظواهر الحمية المحسوسة للمريض وكذا فى درجة الحرارة وسرعة النبض وقد ذكر الطبيب (اوبرمير) ان مدة انحطاط الحمى يمتد من ٨ ساعات الى ٩ ويصل تبريد الجسم اى انحطاط الحرارة الى نحو الخمس درجات بحيث ان كانت حرارة الجسم قبل طرو البحران واصلة الى درجة ٤١ فانها تنحط بعد حصوله الى ٣٦ اعنى تنخفض بمقدار درجة عن الحالة الطبيعية ومن المحقق ان فقد الحرارة الذى يحصل بواسطة العرق البحرانى يساعد كثيرا فى انخفاض درجة الحرارة السريع فانه فى اثناء هذا العرق يسرى فقد الحرارة الناشئ عنه الى جميع اجزاء الجسم بواسطة هروع الدم من

باطنه الى سطحه الظاهر ولابدان العرق بهذه المثابة يحصل به للجسم تبريد عظيم لايحصل عليه بطرق المعالجات الايدروباتية فان تصاعد العرق البحرانى هنا عمومى منتشر ولننبه على كمية الحرارة التى يفقدها الجسم بالتبخير الجلدى والعرق الغزير الحاصل فى الحمامات الحارة فانه من المعلوم ان حرارة الجسم لاترتقى ولاترتفع عن حالتها الطبيعية ولو كانت درجة حرارة الهوا المحيط به زائدة عن حرارته بنحو ٢٠ درجة ومن المهم معرفته فى مثل هذه الاحوال انه هل ينشأ عن الاسهال البحرانى (اوالافراز البولى البحرانى) أيضا انحطاط واضح فى درجة الحرارة مثل ماينشأ عن العرق البحرانى أم لا ﴿تنبيه﴾ يتضح مما ذكر سبب اعتقاد عوام مصر فى جودة العرق البحرانى فى النوشة وانتظارهم له وذلك انه مهما كانت شدة اعراض هذا المرض قبل طروق هذا العرق البحرانى لابدوان يحصل تحسين تام فيها وانحطاط عظيم فى درجة الحرارة ومما ينبغى ذكره ان التكونات النباتية الفطرية الواصفة التى توجد فى الدم وهى الاسبيروشيتى لاوبرماير لاتوجد فيه الا فى اثناء النوبة الحمية وتزول بسرعة فى اثناء الانحطاط الحمى ثم تتردد مع ترددها

وفى الايام التالية لحصول البحران ترتقى درجة الحرارة التى كانت منحطة عن الحالة الطبيعية الى درجتها الطبيعية تقريبا بارتقائها من درجة الى ثنتين وتكون سرعة النبض اذذاك من ٤٨ الى ٦٠ فى الدقيقة الواحدة وتعود الشهية ثانيا وينظف اللسان وتزول الالام العضلية وتحس المرضى بقواها وبعضهم يجتهد فى القيام من الفراش وهذا التحسين الواضح الذى يظن انه ابتدأ النقاهة لايكون ابتداء الشفاء التام الانادرا فى الاحوال التى لاينبغى فيها اطلاق اسم التيفوس النكسى على هذا المرض فانه فى معظم الاحوال تحصل نوبة ثانية بعد مضى فترة عظيمة من ٦ ايام الى ٨ بل قد تكون من ١٢ الى ١٤ وظواهر هذه النوبة تكون مشابهة بالكلية لظواهر الاولى فانها تبتدأ بقشعريرة مختلفة المدة والشدة يعقبها الاحساس بحرارة عظيمة وتعب وتكسر وعطش وغير ذلك من الاعراض الحمية التى ترتقى الى درجة مثل مافى الدور الاول من هذا المرض وكذا تظهر الالام العضلية لكن لاتكون

شدتها

شدتها عظيمة مثل الاولى ثم ان اللسان ينغطى بعد ما نظف وتتناقص الشهية اوتفقد بالكلية ويتمدد الطحال والكبد بعد تناقص انتفاخهما ويبلغ حجمهما قدرا لم يصل اليه قبل فى النوبة الاولى ودرجة الحرارة فى هذه النوبة الثانية تصل الى درجتها فى النوبة الاولى بل ربما زادت بخلاف سرعة النبض فانها تنحط وعادة تكون مدة النوبة الثانية اقصر من الاولى فانها تكون من ٣ ايام الى ٤ والبحران الذى تنتهى به هذه النوبة يسير بنفس الظواهر التى انتهت بها النوبة الاولى

والغالب ان ينتهى هذا المرض بالنوبة الثانية فتدخل المرضى بعدها فى نقاهة حقيقية بعد البحران الثانى لكنها تحتاج لزمن مستطيل حتى تعود لها قواها ومن النادر حصول نوبة ثالثة واندر منها رابعة اوخامسة تتصف بعين الظواهر المرضية التى سبق ذكرها ﴿تنبيه﴾ ترددالنوب الحمية فى هذا المرض هو السبب فى تسميته بالتيفوس النكسى وبالحمى التيفوسية الراجعة او المترددة وهذا النوع من الامراض التيفوسية هو الاكثر انتشارا فى قطرنا هذا (أى القطر المصرى) دون غيره من الامراض التيفوسية بحيث ان ما تسميه العوام بالنوشة والاطبا بالحمى التيفوسية هو هذا المرض الذى نحن بصدده ومن المستغرب كون هذا النوع من الامراض التيفوسية وان كان كثير الانتشار فى اقطار متعددة لم يعتن بشرحه الا فى الاربعين سنة الاخيرة من هذا القرن بعد مشاهدة اوبئة عديدة منه فى بلاد الانكليز وامريقا ومصر والمانيا وغيرها وانما ننبه على ان الشكل الاول منه اعنى الذى لا تتردد فيه الحمى ولا يستحق اطلاق لفظ التيفوس النكسى عليه ليس بنادر فى بلادنا كما ان التيفويد الصفراوى شكل مستقر من هذا المرض واكثر ما يشاهد فى بلادنا عند السودان وان لم يكن نادرا فى غيرهم واما التيفوس البطنى فلم يشاهد منه فى قطرنا هذا الا احوال قليلة واما الطفحى فهو أندر ولم اشاهده الا بكيفية وبائية

ثم ان غالب انتهاء هذا المرض فى شكله النكسى الاعتيادى هو الشفاء والموت به قليل بحيث لا يزيد فى اغلب الاوبئة عن اثنين او ثلاثة فى المائة ويندر ان يصل الى ستة اوثمانية وعند انتهائه بالموت يكون حصوله امافى اثناء النوبة

بحدوث حالة شلل عمومى ويندر ان يكون فى اثناء الفترة بواسطة النهوكة العظيمة اوعقب مضاعفات بامراض تابعية واهمها الالتهاب الرئوى والدوسنطاريا وخراج الطحال والتهاب الكلى

وقد يكتسب التيفوس النكسى صفة ثقيلة جدا عقب بعض المؤثرات العمومية المضرة المنهمة علينا اوتأثير سم تيفوسى زائد الشدة فحينئذ تتنوع صفة المرض كثيرا باشتراك الجهاز المفرز للصفراء فيحصل الموت فى غالب الاحوال بظهور اعراض مرضية ثقيلة وهذا الشكل الخبيث من هذا التيفوس قد شرحه المعلم جرسنجر بغاية الدقة بعد ان شاهده بمصر وسماه بالتيفويد الصفراوى وقد ثبت رأى هذا الطبيب ان هذا التيفويد شكل ثقيل من التيفوس المذكور بواسطة الوبا الذى شوهد بيطرسبورغ سنة ١٨٦٤ وسنة ١٨٦٦ ميلادية فانه فى هذا الوبا كان يشاهد بجوار الاشكال الخفيفة من التيفوس المذكور احوال ثقيلة من التيفويد الصفراوى خصوصا فى ابتداء هجومه متصفة بجميع الصفات التى ميزها بها المعلم المذكور كما ان هايدنرايش وجد فى التيفويد الصفراوى الاخيطة النباتية الفطرية المسماة بالاسبير وشيتى فى الدم كما شاهد ذلك فى دم المصابين بالتيفوس النكسى الاعتيادى وحينئذ قد ثبت التماثل بين هذين الشكلين من التيفوس النكسى

والظواهر المرضية لا تختلف فى الابتداء عن الظواهر المرضية للحمى النكسية وانما يكون انحطاط المرضى والم الرأس أكثر شدة وتكدر القوى العقلية اكثر وضوحا ويوجد قىء صفراوى متكرر واللسان الذى يكون فى الحمى ذات النكسة الاعتيادية رطبا مدة سير هذا المرض يظهر استعداده للجفاف فى هذا الشكل ويحصل غالبا بعد بعض ايام اسهال من مواد صفراوية اوشبيهة بالمواد الدوسنطارية وكثيرا ما يوجد ايضا نزلات شعبية مختلفة الشدة وفى الغالب يظهر فى اليوم الرابع او السادس من هذا المرض بعد انتفاخ كل من الكبد والطحال انتفاخا عظيما وازدياد حساسيتهما يرقان واضح شديد بدون ان تكون المواد البرازية خالية عن الصفراء وفى هذا الزمن يصل انحطاط المريض الى ارقى الدرجات فيكون

امافى حالة هبوط اوتنفس وهذيان ويكون اللسان جافا مغطى بقشور مسمرة والنبض ضعيفا بطيئا والجلد الحار يفقد امتلاءه الدموى وكثيرا ما يهلك عدد عظيم من المرضى بظواهر الانحطاط والشلل العام وفى هذا الزمن قد يظهر عند بعد المرضى بحران قليل الوضوح اوكثيره كما فى الحمى النكسية الاعتيادية ويعقب هذا البحران غير التام تحسين سريع فى جميع الظواهر المرضية بحيث يظن بنقاهة المرضى حتى تعود الاعراض المرضية ثانيا فتهلكها بسرعة

واحيانا لايحصل هذا البحران فيظهر فى الاسبوع الثانى حالة مرضية تشابه بالكلية الصورة المرضية التى تسير بها اشكال الامراض التيفوسية المستطيلة المدة فيقع المريض فى خدر عميق وهذيان بهدء اوبعربدة وتزداد جدا حساسية البطن السفلى ويحصل اسهال من مواد سائلة صفراوية اودوسنطارية وتنقذف بكثرة مواد دموية منفصلة ويتعسر الازدراد مع تغطية الغشاء المخاطى البلعومى بطبقة غشائية كاذبة وتظهر اعراض الالتهاب الشعبى الشديد اوالرئوى الفصى الممتد ويندر ظهور ظواهر الالتهاب التامورى وربما اتضح هذا الدور بقع كدمية اوحويصلات دخنية تظهر على الجلد مع قشعريرات غير منتظمة وهذا الدور يكاد ينتهى بالموت بتشنجات خفيفة اوانحطاط سريع فجائى اوانزفة باطنية (بتمزق الطحال اوغيره) اوعقب ظهور امراض تابعية فى الاعضاء التنفسية ويندر انتهاؤه فى مثل هذه الاحوال بالشفاء وذلك بسبب تنوع سريع اوبطئ فى الاعراض خصوصا عند وجود تغيرات مرضية ثقيلة فى المعا اوالرئتين كتكاثف الرئة (اوتغيرات دوسنطارية فى المعا) فان حصول الشفاء فى مثل تلك الاحوال يكون بطيئا

﴿المعالجة﴾

الوسائط العلاجية الواقية التى بها تقى الحكومة المحلية انتشار وبية التيفوس النكسى والتى بها يقى كل شخص نفسه من الاصابة بهذا المرض تستنتج مع الوضوح مما ذكرناه فى اسباب هذا المرض واعاهم من هذه الحيثية الحصول على تحسين احوال معيشة الفقراء والاجتهاد فى تحسين

اغذيتهم ووضعهم فى مساكن متسعة متجددة الهواء غير مشحونة باشخاص متراكمة فوق بعضها بعد من الامور البعيدة ولو كان من اتم الامور التى تستدعيها المعالجة الواقية واما عزل المرضى عن السليمين الذى تستدعيه عدوى هذا المرض الواضحة فامر سهل الحصول

وحيث ان الهلاك بالتيفوس النكسى الاعتيادى قليل فلا ينبغى اجراء معالجة قاسية بل الذى ينبغى اجراؤه بالنسبة للتدبير الغذائى والمعالجة الطبية هو عين ما اوصينا به فى الاحوال الجيدة الاعتيادية من التيفوس البطنى

وكذا عند ارتفاع الحرارة ارتفاعا شديدا بحيث يخشى من شلل القلب ينبغى استعمال الطرق العلاجية المنقصة لدرجة الحرارة كالمكمدات والغسل بالماء البارد وكذا الحمامات المبردة بالطريقة التى ذكرناها فى التيفوس البطنى واما الاجتهاد فى قطع سير هذا المرض بواسطة مقادير صغيرة اوعظيمة من الكينين اوصبغة الاكلبتوس (المعروف بشجرة الكافور) اوالزرنيخ اوباعطاء الكينين فى مدة الفترة لاجل عدم تردد النوب فلم يجد نفعا تاما كما وان استعمال الديجتالا فى الوبا الذى حصل فى براين لم يتحصل منه على كبير فائدة ولو انه ينقص سرعة النبض فى اثناء النوبة فيجتهد فى نظافة المرضى بالكلية مع تجديد الهواء واعطائهم من الباطن الحوامض المعدنية المخففة والاغذية السائلة الخفيفة جدا غير أزوتية ابتداء ثم الازوتية (أعنى الشربة المائية ابتداء ثم الامراق) كما سبق وعند اصابة الكليتين مدح اوبرمير استعمال حمض الليمون وبعد انتهاء النوبة يبادر باعطاء المرضى اغذية لطيفة على القاعدة التى ذكرناها فى التيفوس البطنى وعند ازدياد الضعف جدا يعطى بعض الانبذة الجيدة ومن الجيد استعمال المركبات الكينية والحديدية فى اثناء النقاهة وفى الشكل الصفراوى الثقيل من هذا المرض وهو التيفويد الصفراوى قد اوصى المعلم جريسنجر باعطاء مقادير عظيمة من الكينين من ٥ دسيجرام الى جرامين كل يوم (اعنى من نصف جرام الى نصف درهم) وذكر ان معالجة هذا التيفويد ناجحة كنجاحها فى الحميات المتقطعة لكن الاوفق ان تستعمل

فى

في الابتداء مسهلات لطيفة كالاملاح المسهلة وزيت الخروع وملح الطرطير الذائب ثم بعد تأثيرها يبتدأ باستعمال المعالجة الكينية بالكيفية السابق ذكرها وكذا تعالج عوارض هذا المرض التابعية بالطرق العلاجية التي ذكرناها في معالجة العوارض التابعية للتيفوس البطني

﴿المبحث الحادي عشر في الطاعون﴾

(وهو النوع الرابع من الامراض التيفوسية)

كان يعبر بلفظ الطاعون في الاعصر السالفة والمتوسطة عن كل مرض وبائي به يهلك عدد عظيم من الاشخاص لكن فيما بعد صار لا يطلق هذا الاسم الا على نوع مخصوص من الامراض التيفوسية يظهر ظهورا وبائيا مهلكا وهو الطاعون الخيرجلي

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

لاشك في ان الطاعون يعد من الامراض التيفوسية فانه من جهة يشابه بالنسبة لاعراضه التيفوس البطني والتيفويد الصفراوي الذي تعتبره الآن شكلا من التيفوس النكسي ومن جهة أخرى يتميز عنهما بشدة تركز الاصابة في المجموع اللينفاوي بحيث ان جملة من الغدد اللينفاوية الظاهرة والباطنة يحصل فيها ارتشاح وتغير مرضي واضح فشابهته للامراض التيفوسية تتضح من الاضطراب العمومي للمجموع العصبي وظواهر الانحطاط والخمود وانتفاخ الطحال وظهور الطفح الوردي كما ان الانواع التيفوسية السابقة قد تشابه هذا المرض عندما تكتسب صفات خبيثة بحيث قد يشاهد في اثناء سيرها ارتشاح وانتفاخ في العقد اللينفاوية الاربية والابطية والقطنية بل وجمرات خبيثة واعراض تعممية صديدية ومع ذلك فمن الخطاء اعتبار الطاعون شكلا عفنا شديدا خبيثا من التيفوس فانه ولا بد توجد احوال خفيفة منه ذات اعراض واضحة واصفة بدون صفة عفنة بل قد توجد اوبئة خفيفة منه ولو كان ذلك نادرا بل وقد توجد كذلك احوال اجهاضية من هذا المرض كما بينا ذلك في الامراض التيفوسية الا انه له مشابهة أخرى بالجمرات الخبيثة من حيثية ظهور جمرات فيه وشدة عدواه لكن هذا تشابه فقط لا تماثل

ثم ان الطاعون مرض معروف من قديم جدا فان كثيرا من المؤلفين قد شرحه قبل الميلاد حتى ذكر انتشاره الوبائى وكثرة ظهوره فى الشام ومصر وهذا ينافى رأى من قال ان الطاعون لم يظهر بمصر الا فى القرن الخامس من الميلاد بعد امتناع تصبير الموتى بمصر لكن الاكثر معلومية من ذلك هو الوباء الذى كاد ان ينتشر فى جميع اوربا فى القرن السادس من الميلاد ومن ابتداء هذا التاريخ الى انتهاء العصر المتوسط ترددت اوبئته جملة مرات فى المشرق والمغرب واهمها ما حصل فى بلاد الانجليز سنة ١٦٨٨ وما حصل فى غربى اوربا سنة ١٧٢٠ وسنة ١٧٤٨ وفى بلاد المسكوف سنة ١٧٧٠ وفى بلاد المجر وشرقى اوربا سنة ١٧٩٧ ومن وقتئذ صارت الاقطار الغربية من بلاد المشرق من اوربا أكثر اصابة بهذا المرض الى سنة ١٨٢٨ وسنة ١٨٢٩ واما القسطنطينية والشام ومصر فظهر فيها اوبئة عظيمة بعد هذا التاريخ أيضا وآخر وباء عظيم فى مصر كان سنة ١٨٣٥

وحينئذ فقد انمحى هذا الوباء من بلاد المشرق من نحو ٤٥ سنة فانه من منذ سنة ١٨٤١ لم تشاهد منه ادنى حالة فى الاستانة ومن منذ ١٨٤٣ لم يشاهد هذا المرض فى البلاد الاسيوية من الدولة العلية وكذا لم تشاهد منه ادنى حالة فى مصر من منذ ١٨٤٤ وهذا الانقطاع التام المستغرب للطاعون فى تلك البلاد وافق حصوله اجراء الوسائط الصحية والكرنتينية فيها بكيفية منتظمة فان ذلك صار اجراؤه فى القسطنطينية سنة ١٨٤٠ وفى مصر سنة ١٨٤٣ وصارت تلك الوسائط الصحية متبعة فى مصر اجود من غيرها من البلاد المشرقية ولاسيما عزل المقابر عن المدن ولاشك فى ان اتباع الاصول الصحية المذكورة له دخل عظيم فى انطفاء الطاعون من تلك الديار متى اعترفنا بتولد هذا المرض تولدا ذاتيا بالمعنى المعلوم لنا لكن هذا الامر لم يتم تحقيقه الى الآن فانه لو كان ذلك هو الواقع (أى ان مصر والشام هما الينبوعان الاصليان لهذا المرض) لترتب على ذلك زوال الطاعون من الارض بتمامها الا انه من منذ هذا الزمن الى قرب السنين الاخيرة قد حصلت اوبئة قليلة الانتشار فى جهات متعددة من كردستان

العجم وشمال افريقه فى عربان بنى غازى والميز وبوتاميا (اى مابين دجلة والفرات) واخيرا بين حدود المسكوف والمانيا

فان قيل هل اوبئة الطاعون فى القرون السالفة كانت تظهر فى اوربا بنفسها اوتسرى اليها من البلاد المشرقية يقال هذا لم يثبت الحكم فيه الى الآن ويظهر ان الرأى الاول فى القرون المتقدمة هو القريب للعقل لكن من منذ مائة سنة قد تيسر فى جميع الاحوال التى وجد فيها هذا المرض فى البلاد المتوسطة من اوربا انه سرى وانتقل اليها من الخارج

فان قيل ماهو القطر المعتبر ينبوعا لهذا المرض من البلاد المشرقية ومصدرا لتكوّنه يقال ذلك أمر لم تزل فيه المجادلة فى العصر المستجد فمن حيثية مصر فهذا أمر كان متفقا عليه وكذا الشام واما باقى البلاد من الدولة العلية لاسيما جزؤها الاوربى فهل هذا المرض يسرى اليه من الخارج او يتولد فيه ذاتيا ذلك أمر عسر الاثبات وعكس ذلك يقال بالنسبة لبلاد العجم وارمينيا واما اعتبار الاقاليم السفلى من نهر الطونة ينبوعا لهذا المرض فهو امر مشكوك فيه بالكلية فقد ثبت ان الاوبئة العظيمة التى انتشرت فى بلاد الافلاق والبغدان اتت اليها من الخارج اى من البلاد المشرقية

وان سئل عن الاسباب المنتجة للطاعون فى الاعصر السالفة فى البلاد المشرقية قلنا ان هذا أمر واضح فان الاسباب التى تعين على ظهور هذا المرض كانت متسلطنة فيها بتمامها وهى الفاقة والحرمان ورداءة المساكن والتغذية والملابس وعدم اتباع الشروط الصحية بالكلية الى قرب العصر المستجد وعدم زراعة الاراضى وتراكم المواد الحيوانية المتعفنة ووجود كثير من الآجام والمستنقعات ورطوبة الارض والهواء مع ارتفاع درجة الحرارة فى تلك البلاد وبالنسبة لمصر على الخصوص كان يعتبر فيضان النيل الغير المنتظم وتشبع ارضه بالرطوبة مع تولد بطايح وآجام عظيمة ووجود المقابر داخل المدن وعدم الاعتناء بدفن الموتى من أهم الاسباب المنتجة لهذا المرض ومن المعلوم ان انطفاء هذا المرض فى الديار المصرية وزواله منها وافق حصوله كما ذكرنا اجراء الاصول الصحية والتمسك

بها او تحسين حالة الزراعة وتعميمها ومنع اسباب القحط وتنظيم فيضان النيل وتبعيد المقابر عن داخل المدن والاعتناء بدفن الموتى والفضل فى ذلك ولا بد لاعائلة المحمدية العلوية الخديوية ولاسيما مؤسسها

وحيث ذكرنا الاسباب التى كانت معينة على تولد جرثومة الطاعون تولدا ذاتيا فى البلاد المشرقية وانتشارها فيها فلنعرض الآن لمسئلة عدوى هذا المرض او عدمها فنقول

ان الطاعون مرض معد كما تحقق لنا من انتشاره وبيئه فى المشرق والمغرب وهذا الامر المعلوم وان لم يكن فيه ادنى معارضة فى العصر القديم الا استثناآت قليلة قد صار الاعتراض عليه والاجتهاد فى رفضه فى العصر المتجدد من بعض الاطباء الفرنساويين لاسيما كلوت بك (اعنى من منذ ٤٠ سنة تقريبا) وذلك انه أوقع الشك فى ذلك من جهة بآراء غير مؤسسة واقله انه فى الاحوال المثبوتة ابهم لفظ التسمم والعدوى وخلطهما ببعضهما وليس القصد هنا التعرض لنفى جميع الاراء المقاومة ضد العدوى وانما نذكر اهمها وهو ان كلا من ملامسة المصابين بالطاعون والقرب منهم قد لا يعقبه العدوى فى كثير من الاحوال وهذا الاعتراض وان كان مهما الا انه يذكر فى جميع الامراض المعدية ضد العدوى اها ونحن نعلم ان معنى قابلية العدوى فى الامراض المعدية لا يترتب عليها ولا بد انتقال المرض من المريض الى السليم فى كل مرة يحصل التلامس بينهما بل ان المراد من ذلك ان هذا جائز الحصول والعدوى تتضح وتثبت فى هذا المرض بلا شك من الادلة الآتية

فمنها اوّلا انه يتضح بالمشاهدة الدقيقة للاوبية المعلومة كما حصل ذلك من بعض الاطباء المدققين ان سريان الطاعون الى قطر مصون عنه من قبل حصل ولا بد بواسطة مرضى أتت الى هذا القطر من الخارج كالطاعون الذى انتشر فى ازمير وشرحه شرود وكالطاعون الذى انتشر فى موسكو سنة ١٧٧١ (بعد مضى مائة وخمسين سنة خالية عنه) وكان سريانه لها بواسطة العساكر كما حققه (سموالوويتس ومرتنس) وكالطاعون الذى انتشر فى مرسيليا سنة ١٧٢٠ (بعد سبعين سنة فترة خالية عنه وكان

السريان اليها بواسطة مركب القبودان شاتو) وفى مالطة سنة ١٨١٣ (بعد ١٣٧ سنة فترة خالية) وكان بواسطة مركب القبودان نقولا الآتية من الاسكندرية كما ذكره فوا-كينير وفى جزيرة مورة سنة ١٨٢٧ (بواسطة العساكر المصرية كما ذكره جوسيه) وفى أودسا سنة ١٨٣٧ (كما ذكره هينا) وفى مصر سنة ١٨٣٥ ونحو ذلك فقد دل البحث الدقيق فى جميع الاحوال المذكورة على ان الطاعون حصل بعد قدوم أشخاص الى هذه الاقاليم من بلاد متسلطن فيها هذا المرض بزمن قليل جدا وان اول من أصيب به الاشخاص التى كانت ملامسة للمرضى المصابة به وكان الانتشار بطء فكان من شخص الى آخر ومن عائلة الى اخرى الاقرب فالاقرب فمن مضى هذه الفترات المستطيلة ومن انتشار المرض بالكيفية السابق ذكرها تثبت ولابد عدوى هذا المرض ولا يمكن انكارها ولو ان الاطباء المضادين لذلك يقولون بانتشار هذا المرض بالهواء (اى من حالة جوية وبائية باسباب غير معلومة)

ومنها انه توجد احوال عديدة منفردة حصلت عند بعض الافراد فى اماكن الكورنتينات فى أوربا بلاشك عقب ملامسة المطعونين الآتين من بلاد المشرق ومثل هذه الاحوال لم تحصل مطلقا الا عقب اتيان مطعون من تلك البلاد وحده ولهذا كان على الدوام فى محل الملامسة لا خلافه اعنى فى المحال التى أتت اليها مراكب آتية من بلاد منتشر فيها هذا المرض ومثل هذه الاحوال المثبتة لسريان الطاعون بواسطة المرضى قد حصل فى كرنتينات اوربا ثلاث وثلاثون مرة من سنة ١٨٢١ الى سنة ١٨٣٠ (كما ذكره سيجوردى بيرون)

ومنها انه بعزل المطعونين عن الاصحاء لا يسرى هذا المرض مطلقا كما دلت على ذلك التجارب التى فعلت فى كرنتينات أوربا بخلاف استمرار الملامسة بين المرضى والاصحاء فقد ترتب عليها انتشار المرض وعزل الاصحاء التام عن المرضى وان لم يترتب عليه دائما وقاية تامة فى الاوبئة التى تسلطنت فى بلاد المشرق الان هناك أمور عديدة تثبت ان العزل التام لجملة من الاشخاص فى مكان واحد فى اثناء تسلطن هذا المرض تسلطنا وبائيا حوله

قد ترتب عليه عدم سريان هذا المرض اليوم كبيت اللقطة سنة ١٧٧٠ فى موسكو وكدرسة الخيالة فى الجيزة بمصر ومدرسة المهندسخانة فى بولاق سنة ١٨٣٥ ونحو ذلك واما اصابة بعض الاشخاص فى مثل هذه المحافل المنعزلة فيوجه اما بعدم استيفاء شروط العزل أو بانفعال الهواء بالاصل المعدى لهذا المرض عند تسلطنه

ومنها اثبات الامر المعلوم الذى لم يوجد فى غير هذا المرض من الامراض التيفوسية وهو نجاح التلقيح بمادته فى بعض الاحوال فانه تيسر للطبيب الانجليزى وبت سنة ١٨٠٢ احداث الطاعون فى ظرف ثلاثة ايام اوأربع عقب الدلك بالمادة الصديدية لتخريجات الطاعونية فى القسم الاوربى لشخص سليم فانه حصل بعد ذلك جمرات فى المحال المدلوك فيها وفى اليد الدالكة وحصل الموت بعد سبعة اوثمانية أيام وكذا التجارب التى فعلت بمصر سنة ١٨٣٥ على بعض الاشخاص المحكوم عليهم بالقتل (الذين لقحوا بدم المصابين حديثا بالطاعون وظهر عندهم هذا المرض فى حالتين بعد ثلاثة أيام لكنه حصل لهم الشفا) فالذى اتضح حينئذ ان العدوى فى الطاعون كغيره من الامراض التيفوسية اوالامراض الحادة المعدية الاخرى تكون تارة شديدة وتارة خفيفة اولا تحصل بالكلية وكون الملامسة اللاواسطية للمرضى ليست ضرورية فى العدوى أمر محقق كما هو معتقد عموما فى البلاد المشرقية وكما ذكره (هلدنبرند) وكانت تعتقده الاطباء فى عصره فان الاصل المعدى ينتقل كذلك بواسطة الهواء من بعد قليل ولابدان نوع هذه العدوى هو الاكثر حصولا طبقا للحقائق المعلومة الآن ويظهران سريان هذا المرض من بعد قليل يساعد عليه حصول كل من احتباس الهواء والقاذورات وتراكم عدد عظيم من المرضى والرطوبة دون بعض الاحوال المنفردة من هذا المرض فى محال مطلقة الهواء متجددة فانها تكون قليلة العدوى جدا فيظهر انه بالامور الغير الصحية السالف ذكرها يتكون نوع جوى طاعونى

ومنها ان بعض المواد التى تستعملها المرضى كالفرشات والملابس وغيرها يمكن انها تتحمل بالاصل المعدى للطاعون فينتقل بها الى محال مصونة

عنه كما دلت على ذلك مشاهدات سيجردى بيرون فى مينات البحر المتوسط واعترفت بها جمعية الاطباء فى دار الفنون بفرنسا سنة ١٨٤٦ واما انتقال هذا المرض الى أوربا بواسطة البضائع كالقطن ونحوه فلم يتأت ثبوته بأى حالة الى وقتنا هذا ولذا قد رفض بواسطة الابحاث الجديدة على الطاعون وانتشاره تقسيم البضائع الى قسمين احدهما يمكن به انتقال هذا المرض والآخر غير ممكن

ومن المستغرب مع الادلة السابقة نفى عدوى الطاعون وسريانه من قطر الى آخر أومن مريض الى سليم ارتكانا على ان الملامسة لم ينتج عنها العدوى فى جميع الاحوال فان هذا امر كما تقدم لم ينفرد به الطاعون بمعنى ان العدوى فى الامراض التسممية قد تكون محضة اى من المريض الى السليم أو ميازماتيه سيما وان ذلك أمر مثبوت طبا وسياسية الا ترى رجوع سيدنا عمر رضى الله عنه بجيشه عند وصوله الشام افتحها التسلطن الطاعون فيها خوفا على جيشه من الاصابة ولما سئل فى ذلك قال نفر من قضائه الى قضائه وكان ذلك منه اتباعا واما ورد فى هذا المرض من انه اذا تسلطن فى بلدة فلا يسوغ الدخول فيها ولا الخروج منها

ثم ان معرفة مدة دور تفريخ الطاعون مهمة جدا بالنسبة للتمسك بالوسائط الصحية الكرنتينية زيادة عن غيره من الامراض الوبائية فان مدة الكرنتينة تحدد ولا بد بالنسبة لذلك اى للزمن الذى فيه يخشى ظهور الطاعون عند شخص تعرض للاصابة به ولم يظهر فيه اعراض هذا المرض وفى كثير من الاحوال لا يستمر زمن التفريخ زيادة عن يومين الى خمسة وأطول زمن لدور التفريخ فى هذا المرض قد اختلف فيه الاطباء ومع ذلك يظهر ان الطاعون فى معظم الاحوال يكاد لا يتأخر ظهوره بعد الاصابة تبعا للمشاهدات الكرنتينية المهمة زيادة عن سبعة ايام مطلقا واما دور التفريخ المستطيل جدا أعنى الذى يمتد خمسة عشر يوما كما قال به بعضهم فيظهر انه نادر جدا واستثنائى وذلك كالاحوال النادرة من التلقيح بالجدرى البقرى التى لا تظهر البثرات فيها الا فى اليوم العاشر مثلا

ومن الامور الخاصة بالطاعون دون غيره من الامراض التيفوسية حصول

العدوى الموضعية فى الجلد بواسطة ملامسة المرضى او بعض موادها بحيث يظهر فى محل حصول الملامسة جمرة بدون خيرجل فى العقد الليمفاوية المجاورة وهذا النوع من العدوى الحاصل بتأثير السم الطاعونى مباشرة وانتشاره هذا المرض بهذه الكيفية قد شرحه على الخصوص (جوسى) فى الوباء الذى شاهده فى بلاد اليونان زمناطو يلا بل وان عدة مشاهدات اخرى كاصابة خدمة المرضى الحفاة بجمرات فى ارجلهم والاطفال فى نحو عنقهم دون الاوربيين وعدم اصابة حمالى الزيوت والشحوم بالجمرات الطاعونية تقرب للعقل ان السم الطاعونى يؤثر على الجلد مباشرة فيحدث فيه تغيرا غنغرينيا عفنا ويمتد هذا التأثير الالتهابى العفن الى العقد اللمفاوية المجاورة ومن هذه الحيثية يشابه الطاعون الجمرة الخبيثة فانه يحدث فى محل تأثيره غنغرينة موضعية من جهة ومن جهة اخرى ان حصل التسمم من الباطن عقب تعاطى لحوم الحيوانات المريضة يعقب ذلك جمرات فى الجلد الظاهر فى محال مختلفة ومع ذلك فمثل هذه الاحوال الناشئة عن العدوى الموضعية فى الطاعون تعتبر استثنائية نادرة الى وقتنا هذا وان العدوى فى معظم الاحوال يعقبها مرض عمومى تسممى ومن المستغرب ان نوع العدوى الموضعية التى هى كثيرة الحصول بمصر كانت تسمى الجوسى وسماه بطاعون الفقراء لم يذكرها احد من الاطباء الذين شرحوا الطاعون بمصر ثم ان طبيعة السم الطاعونى غير معلومة لنا بالكلية وانما يظهر ان له بعض مشابهة بسم الرمة بالنسبة لتأثيره وكيفية تكونه فانه بتأثير سم الرمة عقب الجروح يحصل بسرعة التهاب غنغرينى موضعى وقد لا يحصل هذا الالتهاب الموضعى لكن عند قليل من الايام يحصل ولابد التهاب شديد فى العقد اللينفاوية المجاورة مصحوب باعراض عامة ثقيلة ويظهر ان التصاعدات العفنة لها بعض تأثير عمومى ينتج عنه حالة مشابهة بالكلية للطاعون بل وقد شوهد بمصر طاعون حقيقى سنة ١٨٨٣ بقرب المقابر المدثورة التى صار حفرها من جديد بعد تركها زمنا طويلا ومما يجب التنبيه عليه ان دفن الموتى فى الاقليم البحرى من القطر المصرى لم يكن يعتنى به الى أن صار فى العصر الجديد اتباع الاصول الصحية والتمسك بها بكيفية عامة

فان الموتى لم تكن تدفن جيدا بهذا الاقليم بل كانت توضع اسفل الارض بقليل وتغطى بجزء من التراب بحيث انها كانت تكاد تتعفن فى الهواء وقد زال هذا الامر الفظيع من الاقطار المصرية بالكلية بادخال أصول صحية جديدة والتمسك بها ومن ذلك الوقت لم يظهر الطاعون ولم يتيسر اثبات ذلك بالحقيقة وان هذا هو الذى ترتب عليه زوال الطاعون واقل من ذلك اعتبار هذا المرض التيفوسى النوعى مجرد تسمم عفنى لكن من جميع ما ذكر يتضح ان الاصل المعدى فى الطاعون يشابه بالنسبة لطبيعته سم الرمة وان الاسباب المعينة على تكونه وانتشاره توجد ولابد تعفنا فى الرمم

ثم ان الطاعون كان يظهر فى البلاد التى كان فيها وطنيا على شكل أوبية صغيرة او عظيمة او مهلكة للغاية فيظهر ان هنالك بعض سنين كانت توجد فيها الاسباب المعينة على تكون أصل هذا المرض بقوة عظيمة دون غيرها كالسنين التى يزداد فيها فيضان النيل مثلا وكثرة الرطوبة والتعفنات الحيوانية ونحو ذلك وما عدا تلك الاوبية التى كان يعتبر منشاؤها ميادينيا توجد ولابد أوبية فى بلاد المشرق وخارجة عنه فيها كان ولابد منشأ هذا المرض سريانه بواسطة حالة مرضية أتت اليه من الخارج وامتد شيأ فشيأ وذلك لانه لم يوقف سريانه وانتشاره بوسائط صحية كرنتينة قوية وفى مثل هذه الاحوال تكون الاصابة المرضية ابتداء قاصرة على محل الاصابة الاولية ومكثت ثلاثة أسابيع او أربعة الى ان ينتشر الاصل المعدى الى جهات بعيدة ولابد وظهر فيها وحينئذ ظهر اماتة جملة آلاف وفى بعض الاحوال يسرى السم الطاعونى بالهواء الى جهات بعيدة ويحدث تأثيرا وبائيا او عموميا به تضطرب الصحة العامة لكثير من الاشخاص ولو الذين يبقون سالمين فالاوبية الناشئة عن العدوى تصيب حينئذ الجهات الجيدة الصحة وتهلك عددا اعظم مما من سكانها او تترك الجهات الغير الجيدة الصحة بالكلية ولذا يمكن ان يتسلطن الطاعون فى جهة بشدة وفى محل قريب قد لا يوجد ادنى حالة منه ومثل هذه الاوبية يمكن على الدوام تبعا للحقائق المعلومة منع سيره واطفاؤه بواسطة الوسائط الكرنتينية القوية وبذلك ينفى بالكلية القول بان أوبية الطاعون تسرى الى اى جهة بدون مانع

بواسطة الهواء لكن كون الشروط الغير الصحية كالقاذورات والتعفنات والرطوبة والحرمان تساعد فى انتشار هذه الاوبية المعدية ابتداء أمر تشترك فيه جميع الامراض الوبائية المعدية كما دلت التجارب على ذلك

وسير اوبية الطاعون تختلف جدا فانها قد تستمر بعض اسابيع او اشهر وقد تستمر بعض سنين بدون ادنى انقطاع ويشاهد فى أغلب الاوبية لا فى جميعها ان الاصابات المرضية تكون فى الابتداء شديدة جدا ثم تتلطف شدتها فى اثناء سير الوباء وتكون خفيفة جدا انتهاء المرض وفى أوبية أخرى يكون الهلاك بنسبة عدد الاصابات من ابتداء الوباء الى انتهائه وانحطاط الاوبية العظيمة فى الانتشار يحصل بسرعة عادة الا انه يحصل فى جملة محال أحوال منفردة زمنا فزمنا مدة طويلة جدا والقول بان الامراض الآخر تزول فى اثناء تسلطن الطاعون غير حقيقى أو فيه مبالغة عظيمة

ثم ان اوبية الطاعون تتعلق فى بعض المحال بتأثير الفصل وحرارة الجو بكيفية واضحة ففى الاقطار المشرقية المعتدلة الباردة كالشام والقسطنطينية واليونان وكذا أوربا فى الاعصر السالفة كانت تظهر أوبية هذا الداء بشدة واحدة سواء كان فى وسط الصيف الحار أو وسط الشتاء البارد الجليدى وانما كانت تظهر بالاقل فى الفصول الباردة بخفة ونوع تلطف

ويظهر ان الحرارة الرطبة كانت تعين على ظهورها فكانت فى بلاد الدولة العلية تظهر بالاكثر فى فصل الربيع او ابتداء الصيف وبالنسبة لمصر هناك أمر معلوم مهم المعرفة وهو ان الطاعون كانت اوبيته تنطفى فى الاقاليم البحرية والوسطى من مصر لاسيما القاهرة فى شدة الصيف على الدوام أعنى فى وسط شهر يونية اى نحو انتهاء الصيف الجاف ولم يكن يظهر بعد ذلك الا أحوال متفرقة بندرة حتى وان كان وباء هذا المرض وصل الى أقوى درجته فى الانتشار كان يزول فى هذا الزمن ولو كانت المقابر ممتلئة بالموتى وكانت تباع بالاسواق امتعتهم وملابسهم بدون احتراس ولم يشاهد مطلقا ان الوباء الطاعونى فى أقاليمنا ابتدا فى اثناء شدة حرارة الصيف وهذا الامر

لايمكن

لايمكن توجيهه ولابد الابتأثير الحرارة الجافة من هذا الفصل التى بها يتبدد السم الطاعونى ويفسد والذى يطابق بالكلية لهذا القول هو عدم مشاهدة هذا المرض فى البلاد الحارة جدا وان الاقاليم الحارة الجافة من صعيد مصر لم تشاهد فيها اوبية عظيمة من هذا المرض البتة بل انها بقيت مصونة عن الاصابة مدة اشتداد الوباء بالاقاليم البحرية من قطرنا هذا وان هذا المرض لم يحصل بالكلية فى الاقاليم السفلى من بلاد النوبة بحيث لم ير انتشاره مطلقا ولا وصوله أعلى من وادى حلفة فالطاعون حينئذ هو كباقى اشكال الامراض التيفوسية خاص بالاقاليم المعتدلة لا الحارة بل ويظهر ان السم الطاعونى لا يتحمل الحرارة الشديدة مثل مهما ويظهر ان بعضهم تطبيقا لذلك استعمل لهذا الاجل افساد السم الطاعونى بالصناعة

ثم انه وان تيسر لنا اعطاء بعض ايضاحات أكيدة بالنسبة لانتشار الطاعون انتشارا وبائيا الا ان ظهور الاحوال الافرادية ومنشأها منبهم علينا والقول المعول عليه فى ذلك والجارى التمسك به بالنسبة للقواعد الكرنتينية فى أورباء هو ان الطاعون كان لم يزل يوجد على الدوام فى المشرق ولا سيما فى مصر على حالة افرادية بل وبعض المتأخرين من الاطباء الذين اشتغلوا بهذا المرض وكتبوا عليه بعض رسائل من منذ أربعين سنة لا سيما جيطانى بيك عضد هذا الرأى وقال ان الاحوال الافرادية من الطاعون توجد بكثرة فى الاقاليم البحرية من هذا القطر وأما الطبيب بولارد فهو أول من قال ان مثل هذه الاحوال نادرة جدا وان وجدت تكون خفيفة للغاية وعلى كل حال فلا يعلم وجودها مع التأكيد وهذا القول الاخير هو الذى تأيد بالتجارب والمشاهدات العديدة فى الثلاثين سنة الاخيرة فانه قد يسمع احيانا بوجود بعض احوال لا سيما من بعض الاطبا الغير المتمكنين فى فن التشخيص لكن ان اريد مشاهدة ذلك فلا يتيسر غالبا وان تيسر كما وقع لنا (بعد قول احد الاطبا الذين كتبوا على الطاعون بكثرة) تحقق ان المريض مصاب اما بخير جل زهرى أو نحوه ولم يتيسر للمعلم جريجر الذى اتبعنا سيره فى هذا المرض ولا للاطبا الاجنبيين المباشرين للاحوال الصحية بمصر من منذ سنة ١٨٤٣ ولا لنا من منذ تعاطى الصناعة الطبية بمصر مع مباشرة

الاكلينك الباطنى باسبتالية العموم بمصر من سنة ١٨٥٦ الى وقتنا هذا مشاهدة أدنى حالة وانما الذى شاهدته بندرة فى بعض العائلات الفقراء احوال التيفوسية نكسية خبيثة على شكل التيفويد الصفراوى مصحوبة بانتفاخ فى بعض العقد اللينفاوية الابطية تارة اوالاربية تارة أخرى ومن تحقق انها احوال تيفوسية خبيثة توهمت انه من الجائز ان بعض الاطباء الغير المتمرنين فى التشخيص ربما يعتقد انها احوال طاعونية فعلى رأى ليس للاحوال الافرادية من هذا المرض ادنى وجود بمصر وفى العصر السالف من الجائز ان بعض الاحوال المتفرقة التابعة للاوبية هى التى كانت تعتبر من بعض الاطباء احوال افرادية أى ذاتية من هذا المرض وعلى كل حال فقد ثبت بالتجارب العديدة والمشاهدات الاكيدة المستنبطة من منذ نحو ٤٠ سنة ان الطاعون ليس مرضا وطنيا أى مستمرا فى بلاد المشرق وعلى الخصوص فى مصر بل الذى ظهر انه لم يوجد فيها الاعلى الحالة الوبائية وان هذا المرض انطفى منها من نحو خمس واربعين سنة بالكلية وعلى هذا الاساس قد صار الآن التمسك بالاصول الصحية الكورنتينية المتعددة فى اوروبا بالنسبة للبلاد المشرقية

وكذا الاحوال الشخصية وتأثيرها بالنسبة لظهور هذا المرض فليس عندنا ما نذكره مع بعض تأكيد فانه يظهر ان كلا من النوعين على حد سوى فى الاستعداد وان زمن الحمل والنفاس لا يقى من هذا المرض ويظهر ان الاصابة به من بعد سن الخمسين نادرة والاطفال تصاب فى كل سن وقد ذكر روسل وامبروش ان بعض الاجنة المولودين من امهات مصابة بالطاعون وجد عندها جمرات وخيرجلات وعند تسلطن هذا المرض بمصر كانت تكثر اصابة السودانيين والبرابرة وأما الاوروباويون فكانت اصابتهم تارة اكثر من الوطنيين وتارة اقل وعلى كل حال فاصابتهم كانت شديدة دائما ويظهر ان بعض الصنائع يقى من هذا المرض كما ذكره كثير من الاطباء كالسقايين والغسالين والزياتين وحمالى الزيوت والشحوم والاصابة بهذا المرض جملة مرار عند شخص شوهدت احيانا لكن بندرة وان حصلت كانت الاصابة الثانية ضعيفة جدا

وأما الاسباب الاعتيادية المهيئة الاخرى كالتعب الشديد وتأثير البرد والمؤثرات المضعفة فيظهر انها تزيد فى الاستعداد للاصابة به

(الصفات التشريحية)

الصفات التشريحية التى فعلت فى الطاعون وان لم تكن عديدة جدا ولا كافية من جميع الوجوه يستنتج منها التغيرات المرضية الواضحة لهذا المرض فجثة الهالكين بالطاعون لا يظهر فيها نحافة وهيئة الصفنة غير متغيرة جدا والتيبس الرمى قليل ويوجد على الجلد غش اوجرات والتعفن الرمى يطرأ بسرعة عند الهالكين بالشكل السريع السير لهذا المرض

وكل من الدماغ والنخاع لا يظهر فيهما تغيرات واضحة ويوجد على الام الحنونة بقع اكيموزية قليلة صغيرة واما التغيرات التى قال بعضهم بانها توجد فى العظيم السمباتوى فتكون اما عبارة عن ظواهر تشرب رمى او بقع اكموزية تحصل فيه كما فى غير هذا الجزء من المجموع العصبى

وكذا البليورا فانه يظهر فيها بعض بقع اكيموزية وعند وجود خثرات جلات ابطية عظيمة مصحوبة بانسكاب دموى فى الاجزاء المحيطة بها يمتد هذا الانسكاب الى البليورا الضلعية للجهة المسامتة وأما الرئتان فيقال من النادر ان يظهر فيهما تغيرات وانما يوجد احيانا تغيرات التهابية شعبية والمشرحون المتقدمون وصفوا بعض احوال يستدل منها على وجود التهابات رئوية تارة وتارة غنغرينة رئوية وكذا البروش وجد تغيرات الالتهاب الرئوى

والتامور كثيرا ما توجد فيه بقع اكيموزية وتجاويف القلب سيما اليمنى تكون ممتلئة بالدم وجوهره العضلى يكون رخوا باهتا والدم فيه يكون قليل الانعقاد لزجا مانعا محتويا على كثير من المواد الليفية الرخوة المنعقدة وكذا اوردة الصدر والبطن تكون ممتدة جدا بالدم

ويوجد فى الترب والبريتون بقع اكيموزية وكذا على سطح الكبد ويقال ان الكبد يكون دائما قليل الانتفاخ غير محتو على كثير من الدم والصفراء كثيرة وكثيفة مسمرة والحويصلة المرارية جس[illegible]ام تنصه

ارتشاحا اوذيماويا والطحال يكون دائما متزايد الحجم منتفخا بحيث يصل
الى ثلاث مرات او اربعة من حجمه ويكون لينا ومحتويا على كثير من الدم
وذا لون داكن ومن النادر جدا ان يوجد هذا العضو غير متغير

والغشاء المخاطى المعدى يوجد فيه بقع دموية نمشية او تمزقات وعائية
شعرية وكذا يوجد احتقان وعائى اعلى ثنياته مع ازدياد فى الافراز المخاطى
والمعى بتمامها قد يظهر فيها احتقان وتحتوى غالبا على مواد ملونة بالصفراء
ويوجد غالبا بقع كدمية فى الغشاء المخاطى وكذلك تغيرات التهابية نزلية
مع انتفاخ فى الغدد المتفرقة ولا يوجد مطلقا ارتشاح ولا تقرح فى الغدد
المجتمعة لبيير والغدد المساريقية تكون محتقنة احتقانا عظيما بحيث
تظهر ذات لون احمر داكن او كدمية لكنها لا تكون فى حالة ارتشاح حقيقى
والمنسوج الخلوى المحيط بالكليتين يكون محلا لانسكاب دموى عظيم
والكليتان تكونان منتفختين غالبا ذاتى لون بنفسجى داكن وعلى سطحهما
الظاهر وفى الغشاء المخاطى للحويض بقع اكيموزية ويوجد فى باطنه غالبا
تعقدات دموية تمتد الى الحالبين ويقال ان الحالبين كثيرا ما يكونان
منضغطين ومنسدين بواسطة العقد الليمفاوية المنتفخة للحوض والبول
المحتوية عليه المثانة يكون غالبا مدمما وغشاؤها المخاطى اكيموزيا

واما التغيرات المهمة فتوجد فى المجموع الليمفاوى نفسه فان جميع
الخيرجلات الظاهرة تكون ناتجة عن انتفاخ العقد الليمفاوية نفسها
بل وما كان منها اسفل زاوية الفك السفلى فهى عقد ليمفاوية بدون
اشتراك الغدة النكفية معها فان التهاب الغدة المذكورة نادر

وفى الخيرجلات الاوربية تكون العقد المصابة اما الكائنة امام الاوعية
الفخذية او الغائرة خلفها والغالب ان تصاب العقد الليمفاوية الماشغلة
للمسافة المثلثة الكائنة بين العضلة الخياطية والمقربة المستطيلة للفخذ
ويقال ان المنسوج الخلوى المحيط بالعقد المريضة يكون تارة مرتشحا
ارتشاحا اوذيماويا واحيانا يابسا وملتصقا بالعقد المريضة نفسها وكثيرا
ما يكون محلا لانسكاب دموى اكثر غزارة كلما عظم انتفاخ الغدد وعند
ما توجد خيرجلات عظيمة ظاهرة تكون الغدد الليمفاوية عظيمة الانتفاخ

جدا

جدا بحيث ان حجم الورم يكون كبيضة الاوز بل اكبر وقد يبلغ حجمه بعض ارطال وان لم تظهر خيرجلات توجد ولابد العقد الاينفاوية فى محلها الاعتيادى متزايدة فى الحجم محتقنة احتقانا عظيما فيكون لونها أحمرداكنا وفى الاورام العظيمة يكون جوهر الغدد اما محمرا باستواء منفصلا او مبقعا مرمريا وقوامه مخاطيا اوشحميا وقد يكون جوهرها لينا عجينيا ومن النادران يوجد فيها تجمعات قيحية وان كانت العقد العنقية هى المصابة بهذه الكيفية فانها تمتد الى اسفل نحو الحجاب المنصف او الابط محاطة بانسكاب دموى وحينئذ تستطرق الخيرجلات الابطية بالغدد الشعبية والعنقية المصابة ومثلها العقد الفخذية والاربية تمتد نحو البطن من القناة الفخذية لكن ليس على الدوام وحينئذ يظهر فى الغدد الفخذية والاوربية عين هذا الارتشاح وفى كثير من الاحوال تمتد هذه العقد المنتفخة الى اعلى نحو الحجاب الحاجز وقد يوجد فيها أيضا خراجات صغيرة وقد وجد بعضهم تمددا فى الاوعية الاينفاوية بقرب الغدد المريضة

ثم ان اصابة العقد اللينفاوية توجد غالبا ولو فى الاحوال التى حصل الهلاك فيها بعد اليوم الثانى او الثالث ولو لم تظهر الخيرجلات مدة الحياة فانه ولابد ان توجد بعض غدد منتفخة فى محلها اوفى بعض التجاويف بل يظهر ان هنالك بعض احوال شوهد فيها انتفاخ قليل فى جميع الغدد اللينفاوية لكن فى معظم الاحوال تكون اصابة العقد اللينفاوية قاصرة على بعض المحال كما ذكر

﴿الاعراض والسير﴾

الاعراض الابتدائية للطاعون تختلف فى ابتدائه جدا ولذا يعسر معرفته فى ابتداء ظهوره واما اعراض الاحوال الواضحة التامة الظهور لهذا المرض كالتى توجد فى اثناء تسلطن وباء قوى فالمرض حينئذ يظهر على شكل مرض حمى حاد مصحوب بحالة تيفوسية واضحة ويظهر فى اثناء سيره خيرجلات وجمرات

ومن النادران يسبق هذا المرض بظواهر ابتدائية كفقد الشهية والآلام الظهرية والتكسر والهبوط ونحو ذلك والعادة ان يطرأ بسرعة فيبتدى

بدور هبوط اوبانحطاط كثير الوضوح اوقليله ويظهر تأثير السم الطاعونى من الابتداء فالمرضى تقع فى حالة هبوط زائد ويحصل عندهم آلام شديدة فى الرأس وتحس بثقل ودوار يشابه مايحصل من تأثير استنشاق ابخرة الفحم القوية فتكل من بهاتة الوجه وامتقاعه وهيئة الاعين الغائرة الكابية وشخوص البصر وعسر التكلم مع اللجلجة واهتزاز المشى وضعف الحواس والقوى العقلية يكسب المريض هيئة السكر الشديد عند هجوم هذا المرض بشدة ثم يحصل بسرعة غثيان بل وقىء ويحصل للمريض قشعريرة خفيفة مصحوبة باحساس بحرارة باطنية واحيانا تكون هذه القشعريرة شديدة ويكون النبض اذذاك غير سريع رخوا ويكون صغيرا غير منتظم وكثيرا مايشاهد اذذاك احتقان فى زاوية العين الانسية وتمدد فى الحدقة وتغير عظيم فى سحنة المريض وقد يكون مجموع تلك الظواهر قليل الوضوح ولا يستمر الا بعض ساعات ولكن الغالب ان هذه الظواهر تكون كثيرة الوضوح وتستمر من يوم الى ثلاثة

والحمى المرتفعة الدرجة هى التى تعلن بامتداد هذا المرض فالمرضى تكون فى حالة قلق والجلد يكون حارا محرقا والوجه قليل الانتفاخ والاعين محتقنة لامعة لكنها تكون شاخصة والحدقتان متمددتين والدمع متناقصا والشفتان واللسان مغطاة بطبقة مبيضة قليلة الانتفاخ جافة ويوجد عند المرضى احساس بحرارة مؤلمة فى قسم المعدة والبطن السفلى لاتنطفى بشرب الماء البارد مع الشراهة وتكون المرضى فى حالة ضعف وخدر بحيث انها ولو مع وجود ادراكها لاتجاوب عما سئلت عنه وبعضهم يشير على الرأس وقسم المعدة لشدة آلامهما ويكون فى حالة تعب شديد والم الرأس الشديد ينتقل الى حالة الخدر والهذيان وفى الاحوال الثقيلة يوجد نحو اليوم الثالث من المرض حالة تيفوسية واضحة مع هبوط تام وفى هذا الزمن ترتقى الحرارة الى أشد الدرجات ويسرع النبض حتى يصل الى نحو ١٢٠ ضربة فى الدقيقة الواحدة ويسرع التنفس ايضا وينتفخ المراقان وهل معنى ذلك انتفاخ الكبد والطحال أو الحالة الطبلية للبطن ويستمر القىء بشدة عظيمة ويقل البول او يصير معدما او ينقطع بالكلية وكثيرا ما تظهر حالة نزلية

شعبية اورعاف وفى اليوم الثانى من المرض الى الرابع يظهر مع الآلام خيرجل فى القسم الاربى اوفى الحفرة تحت الابط والعنق وزاوية الفك السفلى وقد توجد جملة خيرجلات اولا يوجد منها الا واحد وقد تكون صغيرة وتارة عظيمة واما الجمرات فنادرة الظهور والغالب انها تظهر بعد الخيرجلات لكن قد تظهر بدونها واكثر ظهورها فى الاطراف والعنق والظهر ومع تكون هذه الاصابات الموضعية وامتدادها قد يحصل عندما يكون سير هذا المرض جيد انحطاط فى الحالة الحمية فيحصل عند المريض راحة وتصير هيئة سحنته طبيعية واللسان رطبا ويتناقص كل من احتقان الاعين وتمدد الحدقة وحينئذ تقف الخيرجلات عن سيرها فتتقيح اوتتحلل وتحد الجمرات وينفصل المتغنغر منها ويتقدم التحسين فى الاحوال الجيدة جدا ويحصل تزايد فى افراز العرق والبول بحيث ان النقاهة تبتدى فى اليوم السادس اوالثامن

واحيانا لا يحصل هذا الانحطاط فى اثناء ظهور الاصابات الموضعية بل ان الحالة التيفوسية المصحوبة بالهذيان والاسهال تمتد الى اليوم التاسع أوالعاشر من المرض (وهذا يطابق الدور الثانى فى غير هذا المرض من الامراض التيفوسية) واحيانا قد يظهر بعد دور الانحطاط دور ثان آخر مصحوب بادوار حمية غير منتظمة والتهاب فى الملتحمة وطفح دخنى (وربما كان هذا نتيجة تسمم صديدى)

والموت قد يطرأ فى اثناء سير هذا المرض فى اى وقت فقد يطرأ على شكل انحطاط فجأى عظيم وقد يطرأ عقب ظهور تشنجات سريعة قوية متلوة بكوما واحيانا عقب ظهور علامات الانحطاط والضعف بشدة الحمى واحيانا أخرى عقب ظهور اعراض الفساد والتعفن (كالنمش والانزفة وتغنغر الخيرجلات ونحو ذلك) والنقاهة اما ان تكون سريعة جدا اوبطيئة وفى احوال كثيرة اخرى قد يعقبها اضطرابات غذائية موضعية ثقيلة كالخراجات المستمرة التقيح البطيئة السير وتقيح بعض العقد الليمفاوية الباطنة ونحو ذلك

والتنوعات التى تحصل فى السير الاعتيادى من التيفوس تتعلق اما بشدة

المرض او امتداد سيره او بالاختلاف الذى يحصل فى تتابع الاضطرابات الموضعية فاغلب المؤلفين الذين شاهدوا الطاعون يذكرون احوالا ذات سير سريع قتال فيها الا تجاوز حياة المرضى الدور الاول من الانحطاط اعنى التى فيها تظهر علامات الانحطاط الشديدة فى الوظائف العصبية بسرعة والتى فيها تترددا قشعريرة وتصير المرضى فى حالة تنعس وخدر وحالة اغماء اوكوما شديدة ويحصل عندهم قئ زمنا فزمنا وتشنجات خفيفة فتصير الاطراف باردة وتتغير السحنة وتكتسب لونا رصاصيا كهيئة الرمة ويظهر عندهم النمش ويطرأ الموت فى ظرف ١٢ ساعة الى ثلاثة ايام بدون ان تتضح اصابات موضعية ظاهرة وبدون ان يكون رد الفعل والحمى واضحين ومع ذلك توجد فى الجثة عقد ليمفاوية مرتشحة منتفخة وهذا ما يسمى بالطاعون الصاعق

وكذا قد تشاهد احوال خطرة من هذا المرض تتضح فيها حالة حمية شديدة غير منتظمة يظهر فيها ثوران وانحطاط غير منتظمين والام شراسيفية شديدة وقئ مستمر وانقطاع فى الافراز البولى وتبتدأ فيها الخبرجلات لكنها لا تمتد فى السير وتظهر فيها جمرات وبثور على الجلد وبقع غشية وحينئذ يزداد انحطاط المريض فيهلك فى اليوم الثالث او الرابع

وعكس هذه الاحوال الخبيثة توجد أحوال خفيفة متنوعة من الطاعون ويكثر حصولها عادة نحو انتهاء الاوبية العظيمة وانما تصطحب احيانا ببعض احوال ثقيلة ففى مثل هذه الاحوال تظهر الاحوال المرضية على درجة متوسطة من الشدة وتستمر من أربعة ايام الى خمسة وفيها تظهر خبرجلات او جمرات تسير سيرا جيدا وتنتهى بالتحلل او التقيح كما توجد أحوال تعتبر كامنة خفية بدون حمى واضحة ويكون سيرها بطيئا وتصطحب بفقد الشهية وتغطية اللسان ودوار الراس وظهور خبرجلات صغيرة او يحل محلها احساس بآلام فى القسم الاوربى فقط أو فيه وفى الحفرة تحت الابط بدون ورم مدرك وهذه الاحوال مهما كانت واهية قد ينتهى بعضها بالموت بسرعة

وكذا تعتبر من جملة الاحوال الجيدة الاحوال التى يظهر فيها من الابتداء

الميل الخلفى الذى يحصل فى غير زمن الحمل والنفاس فهو ظاهرة قليلة الاهمية تابعة لامراض اخر للرحم أو لبقية اعضاء الحوض ثم ان اعراض الميل أو الانقلاب الخلفى تشابه اعراض الانقلاب المقدم للرحم وتنتج ايضا عن الضغط الواقع على اعضاء الحوض سيما المثانة والمستقيم من الرحم الموضوع وضعا افقيا

واما سقوط الرحم فيكون ناتجا بالخصوص من استرخاء فى الجهاز الحافظ لهذا العضو فى وضعه الطبيعى اعنى أربطته والصفاقات الحوضية والمهبل ومتى أثر اذ ذاك ضغط شديد على الرحم من أعلى الى اسفل اندفع الى اسفل وانقلبت قبوة المهبل وسقط فى المهبل الى اسفل فينشأ ما يسمى بسقوط الرحم ومتى خرج الرحم من الفرج سمى هذا المرض ببروز الرحم أو خروجه وعلى حسب كون بروزه تاما او غير تام يكون الخروج تاما وغير تام ايضا وأكثر ما يحصل استرخاء جميع الجهاز المثبت للرحم فى موضعه مدة النفاس واما الضغط الذى يدفع الرحم الى اسفل بكثرة فيكون آتيا من جهة العضلات البطنية العاصرة والنساء المعرضات للاصابة بسقوط الرحم أو خروجه بكثرة هنّ الفقراء اللاتى ليس لهنّ مقدرة على صون انفسهن بعد الوضع حالا بل يشتغلن بالاشغال الشاقة بعد الولادة بأيام قليلة فبضغط العضلات البطنية يسقط الرحم الى اسفل أو يخرج وكما ان كل سقوط فى الرحم لا بد وان يؤدى لانقلاب المهبل فكذلك يحصل عكس ذلك بمعنى ان سقوط المهبل قد يكون سببا فى سقوط الرحم وخروجه فمتى حصل انشقاق عظيم فى العجان مدة الوضع او عقب مؤثرات أخر وسقط الجزء السفلى من المهبل جذب الجزء العلوى منه الرحم وبذلك ينتج اما استطالة فى الجزء المهبلى من الرحم او سقوطه ومن النادر جدا مشاهدة سقوط الرحم عند النساء اللاتى لم يلدن وحينئذ اما ان توجد أحوال مماثلة للتى تحصل عقب الوضع أى استرخاء الجهاز الحافظ للرحم باى سبب كان او ان استرخاء المهبل يكون ناتجا عن تكرر السيلانات المهبلية او عن افراط الجماع وان سقوط الرحم يكون ناتجا عن اورام ثقيلة فى الحوض ضاغطا على الرحم من أعلى الى أسفل ومتى حصل سقوط الرحم فجأة كما يشاهد ذلك

احيانا عند رفع اثقال عظيمة او عند وجود سعال او زحير شديد فتحصل آلام شديدة فى البطن من توتر الاربطة الرحمية واضطرابات بنية عمومية واغماء وغثيان ونحو ذلك واما اذا حصل سقوط الرحم أو خروجه بالتدريج فلا توجد فى الابتداء الا مكابدات قليلة وهى احساس غير واضح بثقل نحو الاسفل وآلام توترية فى البطن السفلى والقطن لكن كلما ازداد سقوط الرحم ازدادت المشاق المذكورة ايضا وتأخذ فى الازدياد عند الوقوف أو المشى او السعال وتتناقص عند اضطجاع المرضى والوضع الافقى وتصطحب هذه الاعراض بمكابدات وآلام عند التبول والتغوط وامساك ومغص واعراض أخر تتعلق بتغير وضع أعضاء البطن السفلى وضغطها وتوترها ومتى خرج الرحم من فوهة الفرج كوّن فى الابتداء ورما مستديرا أو بيضاويا حجمه كحجم الجوزة وهذا الورم يكون سهل الارتداد وعما قليل يزداد خروج الرحم ويكون مصحوبا بالمهبل وحينئذ يعظم حجم الورم كثيرا ويعسر رده ويكون عجينى اللمس لكن عند الضغط عليه بشدة يحس فيه بجسم صلب واذا انجذب مع الجدار المقدم للمهبل قاع الرحم والجدار الخلفى من المثانة وخرجت من فتحة الفرج وتكوّن ما يقال له بالقيلة المثانية شوهد فى الجزء المقدم من الورم الساقط ورم متوتر أملس متموج احيانا يعظم حجمه ويتناقص مرارا مدة النهار بل ويمكن الوصول الى باطنه بواسطة قساطير مجرية تدخل فى فوهة قناة مجرى البول واذا أدخل الاصبع فى المستقيم شوهد انه منجذب الى الامام شبه قاع كيس وفوهة الرحم تكون منفتحة لان جزء المهبلى يكون منقلبا الى الخارج وتكون محمرة ومغطاة بمواد مخاطية زجاجية واما المهبل الساقط فيكون جافا جلدى القوام ثخينا ومغطى بطبقة بشرية وكثيرا ما يحدث احتكاك الملابس وتهيج البول تسلخا بل وتقرحات غائرة فى الورم المذكور

المعالجة سقوط الرحم وخروجه وان كان من النادر أن يهدد الحياة الا انه يكون عيبا متعبا بالغاية يندر شفاؤه شفاء تاما وفى الاحوال الحديثة يمكن الاجتهاد بحفظ وضع المريضة مستلقية على الظهر جملة أسابيع وتكرار استفراغ المثانة والمستقيم والحقن القابضة أو الباردة والتشلشل البارد

والاستعمال

والاستعمال الباطني للجواهر المقوية في ارجاع قوة الانقباض الطبيعية للمنسوجات المسترخية أو في منع ازدياد حجم هذا العضو الالتهابي طبقا للقواعد العلاجية التي ذكرت في الالتهاب الرحمي الجوهري المزمن لكن العادة ان الصناعة الطبية تكتفي باستعمال جهاز ساند للرحم اذ بذلك تتلطف مكابدات المرضى الناشئة عن توتر اربطة الرحم الساقط الى أسفل ومنع ازدياد سقوط هذا العضو وهذه الغاية يمكن انالتها بالتمام بواسطة الفرازج المستديرة (وهي الحلقات الصمغية المرنة للمعلم مبير) التي يكون عظمها مناسبا بحيث انه عند ادخالها في المهبل لا توتره توترا زائدا ولا تهيجه ولا تنزلق منه الى الخارج لكن متى كانت الفتحة المهبلية الفرجية متمددة مسترخية بحيث لا تحجز الفرازج المستديرة الاعتيادية يمكن استعمال فرازج ذات قوائم تكون نقطة ارتكازها في الخارج على الجذع وشرح تلك الاجهزة والعمليات المختلفة التي بها يمكن شفاء سقوط الرحم شفاء تاما من خصوصيات الجراحة

(المبحث السابع في التولدات المرضية الجديدة للرحم)

الشكل الكثير الحصول في الرحم من هذه التولدات هو الورم الليفي ويسميه بعض الاطباء بالورم الليفي العضلي فانه يحتوي على الياف خلوية وعضلية معا وهذه الاورام تتكون عند النساء بدون اسباب واضحة خصوصا من سن ٣٠ الى ٥٠ وعظمها وعددها يختلفان اختلافا عظيما فمنها ما هو صغير الحجم ومنها عظيم جدا بحيث يبلغ وزنه عشرين رطلا او ثلاثين وتارة يوجد ورم واحد وتارة توجد اورام متعددة والغالب ان يكون شكلها مستديرا لكن العظيم منها يكون شكله غير منتظم حدبي وعند شقها يظهر لون ابيض او احمر باهت به يعرف تركيبها الليفي واتجاه اليافها الدائري المنتظم وغير المنتظم وقوام الاورام الليفية يكون عادة كقوام الغضاريف الليفية ويندر ان يكون رخوا لينا وتحتوي في باطنها على تجويف ممتلئ بمادة مصلية ومجلس هذه التولدات الجديدة يكاد ان يكون على الدوام في قاع الرحم او في جسمه وتارة تكون هذه الاورام متولدة في منسوج الرحم ومحاطة بطبقة من منسوج خلوي رخو وتارة اخرى تكون مثبتة

به بواسطة عنيق اوبجملة عنيقات وفى الحالة الاولى تتميز على حسب كونها فى وسط جدر الرحم اوقريبة من غشائه المصلى او المخاطى الى أورام ليفية خلالية أوتحت غشاء مصلى أوتحت غشاء مخاطى وفى الحالة الثانية أى التى فيها تتكون الاورام الليفية مثبتة بباطن الرحم بعنيق اوبجملة عنيقات تسمى بالبوليبوس الليفى وهذه الاورام الليفية قد تزيد احيانا و يقف نموها فى احوال اخر وقد يلتهب المنسوج الخلوى المحيط بها واذا تكون صديد فى هذه الحالة الاخيرة تنفصل هذه الاورام وتنقذف وفى جميع هذه الاشكال ماعدا الورم الليفى تحت الغشاء المصلى يحصل فى جوهر الرحم ضخامة وكثيرا ماتؤدى هذه الاورام أيضا الى تغير أوضاع الرحم وانحناآته

واعراض هذه التولدات تكون فى الابتداء غير واضحة فان اضطرابات الحيض وعلامات الالتهاب الرحمى النزلى المزمن كما تصحب تولدات الرحم الليفية تصحب غيرها من امراض هذا العضو لكن لايصطحب بانزفة رحمية مستمرة وآلام شديدة الا القليل منها كما يشاهد ذلك فى الاورام الليفية ولذا متى اشتكت المراة تردد الحيض كل أربعة عشر يوما وانه كثيرا مايستمر هذه المدة وانها تفقد كمية عظيمة من الدم فى كل مرة مصحوبة بآلام شديدة شبيهة بآلام الطلق غلب على الظن ان هناك ورما ليفيا فى الرحم وكلما كان النزيف غزيرا غلب على الظن ان هناك بوليبوسا عظيما فى الرحم وكلما كانت الآلام أكثر شدة غلب على الظن ان مجلس الورم الليفى منسوج الرحم وينضم لهذه الاعراض ظواهر مرضية ناتجة عن انضغاط الاعضاء المجاورة كتعسر البول والامساك والزحير وظهور الاورام الباسورية والاوذيما فى الاطراف السفلى والاحساس بألم اوخدر فيها لكن الذى يدلنا على حقيقة التشخيص هو البحث الطبيعى اذ به يمكن فى الغالب (سيما متى عظم حجم الاورام الليفية للرحم) معرفة ازدياد حجم هذا العضو وسماكته وعدم انتظام شكله وفى الاورام الليفية للرحم الكائنة تحت الغشاء المصلى يحس اعلى العانة بورم صلب مستدير تابع لجميع حركات الرحم واما فى الاورام الليفية التى تتكون هذا العضو اوتبرز فى باطنه فيكون شكله أقل انتظاما مماتقدم والجزء المهبلى من الرحم ياخذ فى القصر شيأ فشيأ

ثم يختفى بالكلية بحيث يمكن عند البحث الدقى الوقوع فى الخطأ والظن
بوجود حمل وفيما بعد تنفتح فوهة الرحم فيدخل الاصبع ويحس بالورم
الليفى والذى يعسر علينا فى مثل هذه الاحوال هو الحكم بان كان الورم مثبتا
بقاعدة متسعة او ذا عنيق لكن كلما كان حصول قصر الجزء المهبلى من
الرحم بسرعة مع عظم الرحم عظما مناسبا وكان انفتاح فوهته بسرعة
ايضا غلب على الظن ان هناك بوليپوسا ذا عنيق ومعرفة ذلك من الامور
المهمة فان عاقبة هذا البوليپوس جيدة اذ فى بعض الاحوال يمكن
استئصاله بالعمليات الجراحية واستئصال هذه الاورام من العمليات
الجراحية الجيدة العاقبة ذات النجاح الواضح فان هناك نساء يحصل
لهن نحافة عظيمة جدا من ازدياد فقد الدم بحيث يمكن على يأس عظيم
من الحياة ثم تعود لهن صحتهن بسرعة عقب هذه العملية فى أشهر قليلة
(تنبيه) حضرت لدينا امرأة من الوجه البحرى بمصر طويلة القامة
جدا نامية الاعضاء تامتها جيدة الصحة تكاد هذه المرأة من اعتدال قوامها
وانتظام جسمها ونموه يضرب بها المثل فاول ما وقع بصرى عليها اتضح لى
عدم التناسب بين ما يقتضيه هذا التركيب القويم ولونها المنتقع المصفر
الباهت مع عدم استطاعتها للجلوس تقريبا لما يعتريها من الاغماء
والدوار حينئذ وبالاستفهام عن حالتها اتضح لى غزارة النزيف الرحمى
بحيث انه فى ابتداء المرض الذى له نحو السنتين بحسب اخبارها كان
يظن ان حيضها كثير التردد والغزارة لكن فيما بعد ازدادت كثرته
واشتدت غزارته حتى ادى الى ما ذكرناه من هيئتها وحيث قوى الظن
عندى بوجود ورم ليفى فى الرحم شرعت فى البحث عنها بالجس والمنظار
طبقا للاصول الطبية ولرغبة أحد اخوانى الاطباء وهو الذى ارسلها
الى لاجل تشخيصها ومعالجتها فعندما ادخلت الاصبع فى المهبل عثرت
على ورم صلب كرى الشكل منتظمه فحين دفع الاصبع بينه وبين جدار
المهبل دفعا عميقا أحس بحافة فوهة الرحم واحاطتها فان الورم ببروزه
من باطن الرحم تمددت فوهته تمددا عظيما فكنت احس بجوانبها حول الجزء
الضيق من هذا الورم الشبيه بعنيق غليظ له وعند وضع المنظار وفتح شعبه

أمكن مشاهدتى هذا الورم مشاهدة تامة والتأكيد من انه تولد جديد بارز من تجويف الرحم لكن لعظم حجمه وملئه لتجويف المهبل وفوهة الرحم ملئا يكاد يكون تاما لم يمكن التأكد بالدقة ان كان آتيا من قاع الرحم او من أحد جدرانه أو باطن عنقه الا أن عدم التأكد من تغير أوضاع هذا العضو قوى الظن بانه ناشئ أما من أحد جدرانه الخلفى او المقدم بقرب فوهة عنق الرحم الباطنة أو من قناة عنقه وعلى هذا صار تشخيص المريضة بانها مصابة بورم ليفى بوليبوسى فى الرحم بالنسبة لصلابته الغضروفية وهيئته البيضاء الوردية اللامعة وغزارة النزيف الآتى منه وكثرة تكرره وان هذه المريضة لا ينفعها سوى المعالجة الجراحية باستئصال الورم من محل تشبثه وكان الشروع فى ذلك فى أربعة اكتوبر سنة ١٨٧٦ والعملية التى صار اجراؤها فى هذه الحالة مع غاية النجاح هى عملية الاستئصال بواسطة الهارسة السلسلية المعروفة بالآلة الهارسة للمعلم شاسنياك ولم يحصل فى أثناء العملية ولا بعدها ادنى عرض ولا نزيف عظيم سوى ان سلسلة الآلة الهارسة قد انقطعت فى اثناء العمل بها واقتضى الحال باستعاضتها بآلة أخرى واجراء العملية كان بالطريقة الاعتيادية المعلومة فى كتب الجراحة اعنى بجذب الورم جذبا قويا بواسطة الجفت ذى الكلاليب للمعلم موزو ثم احاطته بسلسلة الآلة الهارسة واجراء الهرس بها شيئا فشيئا واعقبت العملية بالنجاح التام حتى عادت المريضة لتمام صحتها وقوتها كما كانت عليه وبالبحث بالمنظار عن الرحم بعد اجراء هذه العملية باسبوع تقريبا لم يظهر فيه ادنى تغير ولا تقرح وبالبحث عن منسوج الورم بالميكروسكوب بعد استئصاله وجدت فيه الياف عضلية بكثرة خلاف الليفية وحينئذ فحقيقة الورم انه كان ليفيا عضليا او هو المسمى بالميوم الليفى الرحمى وكان وزنه نحو رطلين

وأما باقى اشكال هذا الورم فتكون أكثر خطرا كلما كان النزيف أكثر شدة فان كثيرا من المرضى يهلك عقب هذا المرض فى حالة نهوكة او استسقاء و بعضهم يهلك من حصول الالتهاب البريتونى أو عقب اختناق بعض الاحشاء البطنية الناتج عن ضغط الورم الليفى والحمل الذى يحصل احيانا ولو مع وجود

هذا الورم والولادة والنفاس تكون مصحوبة بالخطر لكن لا حاجة لاطالة الكلام على ذلك هنا

وأما البوليبوس المخاطى فنشأه نموّ ضخامة الغشاء المخاطى لهذا العضو وتارة يكون المنسوج الخلوى هو المتسلطن فى هذا البوليبوس وتارة يتسلطن فيه المنسوج الوعائى واخرى يكون ناتجا فقط عن تمدد فى الاجربة المخاطية وعلى حسب ذلك ينقسم هذا البوليبوس الى خلوى ليفى وخلوى وعائى وحويصلى والبوليبوس المخاطى نادرا ما يزيد حجمه عن الجوزة وتارة يكون كرى الشكل واخرى كمثريا وذا عنيق ثخين ومجلسه عادة بقرب عنق الرحم ثم يظهر فى فوهته ويبرز منها فيما بعد الى الخارج وهذا الشكل بانواعه ينتج عنه ايضا سيلانات رحمية وانزفة غزيرة وفى الغالب يبقى ينبوع هذه الظواهر غير واضح الى ان يتحقق بالبحث الطبيعى

المعالجة متى اراد الطبيب ارتكانا منه على بعض التجارب الجيدة الشروع فى معالجة دوائية يراد منها تحلل الاورام الليفية اوبالاقل تصغير حجمها وانكماشها فلا بد وان يكون مشروعه هذا مصحوبا بقليل من العشم فى النجاح فانه يظهر ان كلا من الاستعمال الباطنى ليودور البوتاسيوم او برومور البوتاسيوم الذى أوصى به سمسن ابتداء وكلورور الكالسيوم الذى اوصى به رجبى والزرنيخ والفوسفور اللذين اوصى بهما حبينو قليلة التأثير والنجاح جدا واما استعمال الحمامات الملحية ولاسيما مياه كربيت زناخ ومنتسبير وينابيع آدل هيت ونحوها من المياه المحتوية على اليود والبروم فلها تأثير مساعد فى الامتصاص فى بعض الاحوال بمعنى انها تحدث صغرا فى حجم الورم وقد ذكر هلدبرندانه باستعمال الحقن تحت الجلد بالارجوتين بقصد مقاومة الانزفة الرحمية التى تصاحب هذه الاورام لم يتحصل فقط على ايقاف الانزفة وزوالها بل كذلك على تصغير حجم هذه التولدات الجديدة وزوالها ومع ذلك فنجاح هذه الطريقة لم يعتبر من المثبوت الى وقتنا هذا ولو مع وجود مشاهدات تعضد جودة الحقن تحت الجلد ثم ان بعض الاورام الليفية يجوز ازالتها بواسطة عملية جراحية فقد أزيلت أورام بوليبوسية ليست فقط تحت خلوية بل خلالية بواسطة النزع من المهبل ولو أن العملية

فيها ليست خالية عن الخطر بل وبعض هذه الاورام لسرعة نموه وتهديده للحياة يسار استئصاله امامع الرحم أو على حدته والاورام الليفية العضلية تحت خلوية ذات العنق هى التى يكون اجراء العملية فيها جيد العاقة فترى انه بواسطة ازالة مثل هذه البوليبوسات بواسطة العملية الجراحية القليلة الخطر (كالحالة التى ذكرناها) ان النساء اللاتى يكدن يهلكن من غزارة النزيف واستمراره يعدن الى الصحة التامة فى قليل من الاشهر ويكتسبن هيئتهن الزاهية وكثيرا ما يكون الطبيب فى بعض أحوال من الاورام الليفية العضلية للرحم مضطر اللامتناع عن اجراء طريقة علاجية شفائية تامة وحينئذ فيجتهد فى منع نمو الاورام وارتقاء المكابدات الناتجة عنها بواسطة الايصاء بالمعيشة الجيدة مع الراحة بدون مشاق جسمية وانفعالات نفسية والتحذير من تكرار الجماع وارسال العلق زمنا فزمنا بكمية قليلة على الجزء المهبلى من الرحم وشرب بعض المياه المعدنية فى أثناء الصيف والاستحمام بها وأما مقاومة الانزفة المنهكة فنحيلها على معالجة النزيف الرحمى

وأما سرطان الرحم فشاهدته فى الرحم أكثر من غيره من الاعضاء الباطنة الأخرى وفى الغالب يكون هذا السرطان ذا منسوج نخاعى ويندر أن يكون اسكيريا او هلاميا وابتداء الاستحالة السرطانية التى تحصل عادة على هيئة ارتشاح منتشر يكون فى الجزء المهبلى من الرحم ابتداء ويندر ان يمتد الى قاعدته لكن فى الغالب يمتد جهة الامام فيصيب المثانة او جهة الخلف فيصيب المستقيم بحيث ينشأ عن تقرح الرحم تهتكات عظيمة واستطراقات جديدة بين الرحم والمثانة أو بين الرحم والمستقيم وكثيرا ما تمتد الاستحالة المرضية الى العقد الليمفاوية المجاورة والاعراض التى بها تعرف السرطانات الرحمية هى الآلام القطنية فى النصف السفلى والخاصرتين وهذه الآلام تكون فى الابتداء قليلة ثم تتزايد فيما بعد تزايدا عظيما جدا بحيث تلتجئ المرضى لتعاطى مقدار عظيم من الافيون لاجل تسكين هذه الآلام ومنها النزيف الرحمى الذى يحصل ابتداء مدة الحيض ثم يبقى مستمرا بعده زمنا طويلا ومنها السيلانات الرحمية المهبلية المخاطية التى تصير فيما بعد مائعة

التى هى بورة اجامية قليلة الامتداد فى القرى القريبة من الآجام او بعض اجزاء من المدن اوحاراتها المتسلطنة فيها الحمى المتقطعة تسلطنا وطنيا قد فعلت تجارب مهمة بالنسبة لانتشار الميازما الاجامية اتضح منها ان هذا السم ينتشر بسهولة انتشارا اوفقيا لا عموديا وأنه قد يعاق فى سيره ولو بموانع واهية كبعض الحيطان والشجر المتجمع ونحو ذلك بحيث لا يجاوز الموانع المذكورة الا نادرا وذلك عند تسلطن بعض الرياح المخصوصة

ومن الغريب ان الحميات المتقطعة قد تظهر ظهورا متعاقبا على شكل وباء ممتد وفى مثل هذا الوباء يصيب هذا المرض عددا عظيما من الاشخاص فى المحال التى يكون فيها متسلطنا تسلطنا وطنيا ولا يقتصر عليها فقط بل يمتد الى محال بعيدة لم تكن شوهدت فيها الحميات المتقطعة من منذ سنين الا مشاهدة افرادية وهذا الوباء لا يحصل دائما فى السنين الحارة الرطبة جدا بحيث يسوغ القول بان الشروط المحدثة لتعفن الجواهر النباتية تعفنا عظيما وتكون مساعدة على تولد الميازما الاجامية وانتشاره وانتقاله من المحال المتسلطن فيها على الدوام الى محال أخرى لم توجد فيها الحميات المتقطعة عادة بل يظهر ان ذلك ناشئ اما عن مؤثرات مجهولة معينة أيضا على تكون السم الاجامى أو من سريان هذه الميازما الاجامية بواسطة تيار الهواء وانتقاله من محل منشاه الى محال بعيدة عنه وتشاهد اوبية عظيمة من حميات متقطعة تسبق اوبية الهيضة الآسية بدون ان يمكنا توجيه ذلك كما انه قد يشاهد فى البلاد الحارة تسلطن الهيضة الآسية والحميات المتقطعة او تسلطن هذه الاخيرة مع الدوسنطاريا وهو الاغلب

ومن المستغرب جدا حصول الحميات المتقطعة حصولا افراديا ولا ينبغى عد الاحوال التى فيها الاشخاص المتسممة بالميازما الاجامية وانتقلت الى محلات لم يكن فيها السم الاجامى وظهر عندها فى محل اقامتها المستجدة اعراض التسمم الاجامى زمنا طويلا من احوال الحميات المتقطعة الافرادية وانما يوجد فى بعض البلاد والفلوات احوال افرادية من الحميات المتقطعة لم تكن ناشئة عن التسمم بالميازما الاجامية الآتية من محلات أخرى وفى مثل هذه الاحوال لا يكون عندنا الا توجيه واحد وهو القول بوجود بورات

اجامية صغيرة جدا لا تؤثر على الاشخاص البعيدة عنها او بوجود ميازما اجامية ضعيفة التأثير جدا لا تؤثر الا على بعض الاشخاص المستعدة لقبول السم الميازمي واما القول بان الحميات المتقطعة تحصل احيانا باسباب أخرى خلاف التسمم بالميازما الاجامية فينبغي رفضه

ثم ان كل سن وجنس وبنية يظهر استعداده للاصابة بالحميات المتقطعة وهذا الاستعداد وان قوى عند بعض الاشخاص وضعف عند آخرين لا يتعلق بالاختلافات العامة الاجامية الجوية التي سبق ذكرها بل بخصوصيات شخصية بعضها معلوم فان المشاق الجسمية العظيمة وغيرها من المؤثرات المضعفة والتباعد عن التدبير الغذائي ولاسيما تأثير البرد تزيد في الاستعداد ازديادا عظيما جدا بحيث ان كثيرا من الاشخاص التي تعرضت زمنا طويلا للميازما الاجامية بدون ان تتأثر منه تصاب بالحميات المتقطعة متى أثر عليها سبب من الاسباب المتقدم ذكرها و بهذه الكيفية توجه الاحوال التي فيها يشاهد ان الاشخاص التي مكثت زمنا طويلا في محال اجامية مصونة عن الاصابة بهذا المرض ولا بالحمى أيضا المتقطعة الا عند تركها لها اذ من الواضح في مثل هذه الاحوال ان التسمم الاجامي حصل من قبل الا انه لم يظهر تأثيره في الجسم الذي هو قليل الاستعداد للاصابة بهذا المرض فلم يعقب تأثيره نتايج مضرة الا عقب تأثير أسباب مضرة اخرى على الجسم وزيادة الاستعداد لحصول هذا المرض ومن المؤثرات التي تزيد في الاستعداد للاصابة بالحميات المتقطعة حصول هذا المرض مرة او جملة مرات وهذا الامر مضاد بالكلية لما يشاهد في الامراض الطفحية الحادة والتيفوس وتعوّد الجسم على السم الاجامي لا يقال به الا في الاحوال التي فيها تشاهد بعض الاشخاص المعرضة لتأثيره زمنا طويلا بدون ان تصاب بحميات متقطعة واضحة بل بحالة نهوكة غير حمية مصحوبة بتمدد عظيم في الطحال ثم ان الانتشار الجغرافي للحميات المتقطعة عظيم جدا والحميات المتقطعة كثيرة الحصول في المناطق الحارة وتتسلطن تسلطنا اعظما في المحال والاقطار الغير الجافة جدا (والحارة الكثيرة الامطار الدورية والمستنقعات النباتية كبلاد السودان) واما وجودها في المناطق المعتدلة فانه يكون

قاصرا على بعض الجهات المختلفة الامتداد ولا توجد فى المناطق البـاردة بالكلية

(الصفات التشريحية)

فتح جثة الهالكين بالحميات المتقطعة البسيطة من النوادر العظيمة جدا ومنها لا تتضح تغيرات واصفة سوى التغيرات الخاصة بالطحال التى سبق ذكرها فى الجزء الاول والتغيرات التى تعترى الدم المتعلقة بالتسمم الاجامى فى احوال الحميات المتقطعة البسيطة لم يمكن اثباتها بالبحث الكيماوى ولا الميكرسكوبى وفقر الدم لقلة احتوائه على الكرات الدموية الحمراء والمادة الزلالية التى تشاهد على الدوام فى أحوال الحميات المتقطعة المزمنة ينتج عن النهوكة الناشئة عن الحمى الشديدة وتغير الطحال وعند فعل الصفات التشريحية فى جثة الهالكين بالحميات المتقطعة الخبيثة كثيرا ما توجد علامات الميلانيميا واحيانا توجد تحصلات التهابات او انسكابات دموية او احتقانات شديدة فى الاعضاء المختلفة

(الاعراض والسير)

(اولا الحمى المتقطعة البسيطة) اما مدة تفريخ السم الاجامى فليست معروفة معرفة اكيدة ويظهر انه يمضى بالاكثر ١٤ يوما من ابتداء تأثير الميازما الاجامية الى حين ظهور الاعراض الابتدائية ويظهر فى بعض الاحوال ان الظواهر المرضية تعقب تأثير السم الاجامى بلا واسطة

وقيل ان تتضح فى اثناء سير الحميات المتقطعة البسيطة الصفة التى استعار منها هذا المرض تسميته اعنى قبل ان تتضح نوب الحمى (وهى النوب الحمى) والازمنة الخالية منها (وهى الفترات) وتتعاقب مع بعضها لا يندر ان يتضح التسمم بالسم الاجامى باضطراب عام فى البنية اضطرابا مستمرا او مترددا ترددا مختلف الوضوح مع اضطراب فى الوظائف المختلفة وهذا الاضطراب العام الذى يعتبر دورا سابقا للحمى المتقطعة ليس ذا اوصاف مخصوصة ولا يتميز عن الادوار السابقة لغير هذا المرض من الامراض التسممية العامة الا باعتبار تسلطن هذا المرض تسلطنا وطنيا او وبائيا وبعد استمرار الاعراض السابقة جملة ايام او فقدها فى احوال اخرى تظهر

النوبة الاولى من الحمى المتقطعة

ثم انه يميز لنوبة الحمى المتقطعة ثلاثة ادوار وهى دور القشعريرة ودور الحرارة ودور العرق اما دور القشعريرة فانه يبتدأ بملل وضعف وتكسر عظيم فالمرضى تتثاءب بكثرة وتجبر على تمديد اطرافها (المعروف بالتمطى) وينضم لذلك بسرعة الاحساس بالبرد المحسوس للمريض ويكون فى الابتداء على هيئة قشعريرة خفيفة تتردد زمنا ثم يصير على هيئة قشعريرة مستمرة بحيث تتطلب المرضى الغطاء بكثرة لاجل التدفئة وعند ارتقاء هذه القشعريرة يعترى الاطراف اهتزاز غير ارادى فتتلاطم الشفتان والاسنان وكثيرا ما يرتعد الجسم فى الفراش وعند ابتداء دور القشعريرة يحصل الم فى الرأس كثير الشدة او قليلها مع احساس بضغط فى الصدر وسرعة فى حركات التنفس والتكلم يصير غير واضح بسبب سرعة التنفس وتلاطم الشفتين المتكرر ولا يندر ان يحصل قىء سيما ان كان المريض متعاطيا الاغذية قبل حصول النوبة بزمن قليل وعند البحث على الحالة الظاهرة للمريض ترى له هيئة مخصوصة تشابه هيئة شخص تعرض لدرجة برودة عظيمة زمنا طويلا بدون غطاء مدثر له فيبرد بردا شديدا فان حجم الجسم يظهر متناقصا والوجه متكرشا والانف مدببا والاصابع رمتدقة بحيث يخرج الخاتم منها وحيث ان توارد الدم الشريانى نحو الجلد يكون معاقا فلذلك يظهر ممتقعا للغاية وحيث ان الدم الوريدى يكون مجتمعا ومترا كما فى الاوردة والتفرعات الوريدية الشعرية فيظهر كل من الشفتين واظافر اصابع اليدين والقدمين ذا لون مزرق ولا يندر ان يكون توارد الدم نحو الاصابع معاقا بالكلية بحيث تصير هيئتها كالشمع الاصفر فاقدة الاحساس ولا تدمى عند جرحها وزيادة على ذلك يظهر فى جلد الاطراف او الجذع هيئة شبيهة بجلد الاوز ويكون النبض سريعا جدا صغيرا صلبا والغالب ان يكون الافراز البولى متزايدا والبول الخارج ذا وزن نوعى خفيف وبالبحث الطبيعى يتضح غالبا ازدياد فى حجم الطحال وفى اثناء ما تتعادل حرارة دائرة الجسم فى دور القشعريرة مع حرارة الاوساط المحيطة بها شيأ فشيأ بسبب عوق توارد الدم الشريانى الساخن وتتناقص بجملة

درجات

درجات تبعا لذلك تكون حرارة الدم والاعضاء الباطنية آخذة فى الازدياد وهذا الازدياد يحصل قبل ان يبتدئ دور القشعريرة ويبلغ درجتين او ثلاثة او ازيد من ذلك فى الاحوال الثقيلة جدا

وجميع الاعراض المذكورة يمكن نسبة معظمها الى انه فى دور القشعريرة الحمية يحصل فى الطبقة العضلية للجلد وللشرايين الدائرية حالة انقباض تشنجى والنتيجة اللاواسطية لهذا التشنج هى حالة جلد الاوز وصغر النبض وصلابته ووقوع الانامل فى حالة تكرمش شبيهة بالموت وكذا بالانقباض التشنجى لعضلات الجلد وجدر الشرايين الدائرية يتعلق التناقص الظاهرى لحجم الجسم وجفاف الجلد وبهاتته وتراكم الدم فى الاوردة وانخفاض درجة حرارة الجسم فى سطحه الظاهر واحساس المرضى بالقشعريرة يكون عظيما جدا بحيث لا يمكن نسبته الى مجرد انخفاض درجة الحرارة فى دائرة الجسم واما بقاء الجسم من الظاهر باردا زمنا طويلا ولو كان مدثرا باغطية ثقيلة فانه يتعلق بتناقص تولد الحرارة فيه لقلة توارد الدم الشريانى نحو السطح الظاهر وهذه الظاهرة غريبة سيما وان سطح الجسم لا يترك حرارته الى ما كان محيطا به ثم انه باضطراب الدورة فى دائرة الجسم يزداد الضغط الجانبى فى أوعية الاعضاء الباطنه وحيث لا نعلم ان كان تشنج الطبقة العضلية الوعائية للشرايين الدائرية قاصرا على هذه الاوعية ولم يمتد الى الشرايين المتوزعة بباطن الجسم ام لا فمن المشكوك فيه ان كان كل من الم الرأس والضجر وسرعة التنفس والقىء وازدياد الافراز البولى وانتفاخ الطحال متعلقا باحتقان توارد تقهقرى جانبى فى الاعضاء الباطنة ام لا وعلى كل حال فان الاحتقان التواردى التقهقرى للطحال ليس هو السبب الوحيد فى تمدده وانتفاخه ومدة دور القشعريرة يمتد من نصف ساعة الى ثلاث ساعات وفى الادوار الابتدائية من الحمى يكون هذا الدور قصيرا وغير شديد بخلافه فى النوب المتأخرة من هذا المرض وعند استمرار الحمى المتقطعة زمنا طويلا تأخذ شدته وامتداده فى التناقص ثانيا واما دور الحرارة فانه لا يحصل بغتة بل تدريجيا والاحساس بالقشعريرة يكون متقطعا باحساس بحرارة وقتية ثم يصير الاحساس بتزايد الحرارة

مستمرا وحينئذ يزداد الم الرأس وتقع المرضى فى حالة قلق ولا يندران يحصل عندها هذيان اوتقع فى حالة خدر خفيفة وكذا الاحساس بالضجر فى الصدر يتزايد واما التنفس فانه يصير بطيئا ويزداد العطش جدا وكذا تتغير الهيئة الظاهرة للمريض فان كلا من جلد الاوز واللون السيانوزى للشفتين واظافر الاصابع والوجه يصير محمرا احمرا وكثيرا ما يظهر طفح هربسى على الشفتين والنبض الذى كان ابتدأ صغيرا منقبضا يصير ممتلئا واضحا وضربات الشرايين السباتية تكون عظيمة والبول المنفرز متركزا ويتناقص انتفاخ الطحال وحرارة الجسم تتزايد ايضا فى دائرته فان درجة حرارة الدم ترتقى فى ابتداء هذا الدور الى غاية شدتها وتبقى على هذه الحالة مدة من الزمن ثم يحصل نحو انتهاء دور الحرارة انحطاط بطئ وجميع هذه الظواهر تثبت ان تشنج الطبقة العضلية الجلدية والوعائية قد زال وحل محله حالة تقرب من نصف شللية واسترخاء جوهر الجلد وجدر الاوعية يوجبه بسهولة تزايد توارد الدم الى الاعضاء التى كانت خالية عنه فى دور القشعريرة وازديادا امتلائها بالدم وارتفاع درجة حرارتها وكل من الآلام الشديدة للرأس والاحساس بالضجر فى الصدر الذى لا يندر ان ينضم اليه ظواهر نزلية وانتفاخ الطحال يحملنا القول مع التقريب بان شرايين الدماغ والشعب والطحال تكون فى حالة شبيهة بالحالة التى تكون عليها شرايين دائرة الجسم ومدة دور الحرارة تختلف باختلاف الاحوال المرضية فقد تكون من بعض ساعات او اقل وقد تستمر فى الاحوال الثقيلة من ست ساعات الى ثمانية بل والى ١٢ ساعة قبل ظهور العرق على الجسم واما دور العرق فانه يبتدى بتندية جلد الابطين والجبهة وعما قليل ينتشر العرق على جميع الجسم ويكون فى الابتداء لطيفا ثم يصير غزيرا وحينئذ تحس المرضى بالراحة العظيمة وتتناقص آلام الرأس ثم تزول تدريجيا بالكلية ويتنبه الدماغ ويزول الضجر وكل من عمق حركات التنفس وسرعتها يعود الى حالته الطبيعية ويتناقص العطش ويصير النبض عظيما رخوا وتتناقص سرعته ايضا والبول الداكن يرسب منه عادة راسب من املاح بولية وهذه الظاهرة تنشأ عن تركز البول بسبب الفقد المائى العظيم الحاصل بواسطة التبخير

الجلدى العظيم وتفقد هذه الظاهرة عندما يتعاطى المريض كمية عظيمة من الماء شرباً ودرجة الحرارة فى دور العرق تنخفض بالتدريج بحيث تصل الى درجتها الطبيعية تقريباً نحو انتهاء هذا الدور وحينئذ تزول النوبة وتبتدى الفترة واغلب المرضى تقع فى حالة نوم عميق تستيقظ منه مع حالة ملل وهبوط عظيم الا انها تكون متمتعة بحالة صحة جيدة فى الظاهر ثم ان كانت جميع ادوار نوبة الحمى المتقطعة واضحة سميت الحمى بالتامة واما ان فقد احد الادوار او كان غير واضح جدا سميت بالغير التامة وفى بعض الاحوال النادرة قد لا تتعاقب ادوار الحمى على هذا النمط المنتظم الطبيعى بحيث ان دور القشعريرة يحصل فى انتهاء النوبة لا فى ابتدائها (وهذا ما يسمى بالطرز المنعكس)

واما الفترة (اعنى الزمن الخالى من نوبة الحمى) فيندر ان تكون نقية بعد النوب الابتدائية من الحمى فالمرضى وان لم يوجد عندهم فى اثنائها حركة حمية بل فى كثير من الاحوال تكون درجة حرارتهم منخفضة عن الحالة الطبيعية ونبضهم قليل السرعة الا ان الشهية تبقى متناقصة غالبا واللسان مغطى والهضم مضطربا ويوجد عندهم حساسية عظيمة بالنسبة للتقلبات الجوية وتشتكى بحالة توعك عام ثم بعد بعض نوب تزول هذه الاضطرابات عادة فلا يشاهد فى اثناء الفترة ظواهر مرضية سوى حالة ضعف وفقر فى الدم تزداد شيأ فشيأ وعند استمرار الحمى المتقطعة زمنا طويلا تصير الفترات غير نقية والطرز المتقطع يقرب من الطرز المتردد شيأ فشيأ وهذا ما يسمى بالحمى المتقطعة تحت الدائمة ثم انه بحسب الطرز الذى به تتعاقب نوب الحمى مع بعضها تتميز الحمى المتقطعة الى يومية وثلاثية ورباعية

فاما اليومية او الطرز اليومى ففيه تحصل نوبة الحمى التالية بعد ٢٤ ساعة وفى الطرز الثلاثى بعد ٤٨ ساعة الرباعى بعد ٧٢ ساعة واما وجود اشكال اخرى فيها تتأخر نوبة الحمى ٥ ايام او ٦ او ٧ او ازيد من ذلك فغير اكيد والطرز الكثير الحصول هو الثلاثى واليومى وان حصلت النوبة الثالثة فى اليوم المعلوم من الحمى فى ساعة متقدمة عن اليوم السابق سمى هذا الطرز بالطرز المتقدم وان حصل عكس ذلك

سمى بالطرز المتأخر ثم انه بهذا التقدم او التأخر يمكن ان يتغير طرز الحمى فيستحيل من الطرز اليومى الى الثلاثى والعكس بالعكس وان استمرت نوبة الحمى مدة طويلة من الزمن بحيث ان انتهاء النوبة يصادف ابتداء النوبة التالية نشأ ما يسمى بالحمى المتقطعة المتداخلة واما الحمى المتقطعة المزدوجة فيعنى بها الحمى المتقطعة التى فيها تكون فترة الطرز اليومى والثلاثى والرباعى متقطعة بنوبة حمية خفيفة قصيرة تحصل غالبا فى ساعة من النهار مخالفة لساعة نوبة الحمى القوية ففى الطرز اليومى تحصل نوبتان فى كل يوم احداهما قوية والاخرى خفيفة وفى الطرز الثلاثى المزدوج تحصل نوبة واحدة فى كل يوم احداهما ثقيلة تحصل فى ايام النوبة الاصلية والاخرى خفيفة تحصل فى ايام الفترة واما الطرز الرباعى المزدوج ففيه تحصل فترة فى كل يومين متواليين واليوم الثالث يبقى خاليا

ولا تبتدى الحمى المتقطعة بشكل مزدوج البتة بل الغالب ان يظهر هذا الطرز المزدوج بعد استمرار الحمى زمنا طويلا لاسيما عقب حصول نكسات متكررة

ثم ان سير الحمى المتقطعة كثيرا ما يتنوع بتأثير الجواهر الدوائية سيما باعطاء المركبات الكينية بحيث يندر وجود طبيب يعرف سير هذا المرض اذا ترك ونفسه من مشاهداته الخاصة به بمعنى انه يعرف سير هذا المرض الطبيعى فمعرفة هذا الامر قد اتخذناها من مشاهدات الاطباء الاميوباتيين واستنبطنا من ذلك بعض حقائق مهمة بالنسبة لهذا المرض فمنها انه لاشك فى كون نوب الحمى وفتراتها الناشئة عن تأثير السم الآجامى يستمر زمنا طويلا ولو لم يكن المريض معرضا لتأثير السم الآجامى وبعيدا عنه (فقد شاهدت شابا بحارا كان اصيب فى جريف والد) بحمى متقطعة وشفى منها وبعد النوبة الاخيرة بأربعة اسابيع قد اصيب بنكسة من هذا المرض وهو مسافر فى مركبه كما وانه قد ثبت ان اعراض التسمم الاجامى تزول بدون معالجة طبية بعد زوال تأثير السم الاجامى بزمن طويل فمن الواجب حينئذ التحقق منه هو انه ليس فقط يزول تأثير السم من الاشخاص التى تترك المحلات الاجامية بعد اصابتها بالحمى المتقطعة بل كذلك الاشخاص

التى هى بورة اجامية قليلة الامتداد فى القرى القريبة من الاجام او بعض اجزاء من المدن اوحاراتها المتسلطنة فيها الحمى المتقطعة تسلطنا وطنيا قد فعلت تجارب مهمة بالنسبة لانتشار الميازما الاجامية اتضح منها ان هذا السم ينتشر بسهولة انتشارا اوفقيا لاعموديا وأنه قد يعاق فى سيره ولو بموانع واهية كبعض الحيطان والشجر المجتمع ونحو ذلك بحيث لايجاوز الموانع المذكورة الانادرا وذلك عند تسلطن بعض الرياح المخصوصة

ومن الغريب ان الحميات المتقطعة قد تظهر ظهورا متعاقبا على شكل وباء ممتد وفى مثل هذا الوباء يصيب هذا المرض عددا عظيما من الاشخاص فى المحال التى يكون فيها متسلطنا تسلطنا وطنيا ولا يقتصر عليها فقط بل يمتد الى محال بعيدة لم تكن شوهدت فيها الحميات المتقطعة من منذ سنين الا مشاهدة افرادية وهذا الوباء لايحصل دائما فى السنين الحارة الرطبة جدا بحيث يسوغ القول بان الشروط المحدثة لتعفن الجواهر النباتية تعفنا عظيما وتكون مساعدة على تولد الميازما الاجامية وانتشاره وانتقاله من المحال المتسلطن فيها على الدوام الى محال أخرى لم توجد فيها الحميات المتقطعة عادة بل يظهر ان ذلك ناشئ اما عن مؤثرات مجهولة معينة أيضا على تكوّن السم الاجامى أو من سريان هذه الميازما الاجامية بواسطة تيار الهواء وانتقاله من محل منشاه الى محال بعيدة عنه وتشاهد اوبئة عظيمة من حميات متقطعة تسبق اوبئة الهيضة الآسية بدون ان يمكنا توجيه ذلك كما انه قد يشاهد فى البلاد الحارة تسلطن الهيضة الآسية والحميات المتقطعة اوتسلطن هذه الاخيرة مع الدوسنطاريا وهو الاغلب

ومن المستغرب جدا حصول الحميات المتقطعة حصولا افراديا ولا ينبغى عد الاحوال التى فيها الاشخاص المتسممة بالميازما الاجامية وانتقلت الى محلات لم يكن فيها السم الاجامى وظهر عندها فى محل اقامتها المستجدة اعراض التسمم الاجامى زمنا طويلا من احوال الحميات المتقطعة الافرادية وانما يوجد فى بعض البلاد والفلوات احوال افرادية من الحميات المتقطعة لم تكن ناشئة عن التسمم بالميازما الاجامية الآتية من محلات أخرى وفى مثل هذه الاحوال لايكون عندنا الا توجيه واحد وهو القول بوجود بورات

اجامية صغيرة جدا الا تؤثر على الاشخاص البعيدة عنها او بوجود ميازما اجامية ضعيفة التأثير جدا الا تؤثر الا على بعض الاشخاص المستعدة لقبول السم الميازمى واما القول بان الحميات المتقطعة تحصل احيانا باسباب أخرى خلاف التسمم بالميازما الاجامية فينبغى رفضه

ثم ان كل سن وجنس وبنية يظهر استعداده للاصابة بالحميات المتقطعة وهذا الاستعداد وان قوى عند بعض الاشخاص وضعف عند آخرين لا يتعلق بالاختلافات العامة الاجامية الجوية التى سبق ذكرها بل بخصوصيات شخصية بعضها معلوم فان المشاق الجسمية العظيمة وغيرها من المؤثرات المضعفة والتباعد عن التدبير الغذائى ولا سيما تأثير البرد تزيد فى الاستعداد ازديادا عظيما جدا بحيث ان كثيرا من الاشخاص التى تعرضت زمنا طويلا للميازما الاجامية بدون ان تتأثر منه تصاب بالحميات المتقطعة متى أثر عليها سبب من الاسباب المتقدم ذكرها وبهذه الكيفية توجه الاحوال التى فيها يشاهد ان الاشخاص التى مكثت زمنا طويلا فى محال اجامية مصونة عن الاصابة بهذا المرض ولا بالحمى أيضا المتقطعة الا عند تركها لها اذ من الواضح فى مثل هذه الاحوال ان التسمم الاجامى حصل من قبل الا انه لم يظهر تأثيره فى الجسم الذى هو قليل الاستعداد للاصابة بهذا المرض فلم يعقب تأثيره نتايج مضرة الا عقب تأثير أسباب مضرة اخرى على الجسم وزيادة الاستعداد لحصول هذا المرض ومن المؤثرات التى تزيد فى الاستعداد للاصابة بالحميات المتقطعة حصول هذا المرض مرة او جملة مرات وهذا الامر مضاد بالكلية لما يشاهد فى الامراض الطفحية الحادة والتيفوس وتعود الجسم على السم الاجامى لا يقال به الا فى الاحوال التى فيها تشاهد بعض الاشخاص المعرضة لتأثيره زمنا طويلا بدون ان تصاب بحميات متقطعة واضحة بل بحالة نهوكة غير حمية مصحوبة بتمدد عظيم فى الطحال ثم ان الانتشار الجغرافى للحميات المتقطعة عظيم جدا والحميات المتقطعة كثيرة الحصول فى المناطق الحارة وتتسلطن تسلطنا اعظم ما فى المحال والاقطار الغير الجافة جدا (والحارة الكثيرة الامطار الدورية والمستنقعات النباتية كبلاد السودان) واما وجودها فى المناطق المعتدلة فانه يكون

قاصرا على بعض الجهات المختلفة الامتداد ولا توجد فى المناطق الباردة بالكلية

(الصفات التشريحية)

فتح جثة الهالكين بالحميات المتقطعة البسيطة من النوادر العظيمة جدا ومنها لا تتضح تغيرات واصفة سوى التغيرات الخاصة بالطحال التى سبق ذكرها فى الجزء الاول والتغيرات التى تعترى الدم المتعلقة بالتسمم الاجامى فى احوال الحميات المتقطعة البسيطة لم يمكن اثباتها بالبحث الكيماوى ولا الميكروسكوبى وفقر الدم لقلة احتوائه على الكرات الدموية الحمراء والمادة الزلالية التى تشاهد على الدوام فى أحوال الحميات المتقطعة المزمنة ينتج عن النهوكة الناشئة عن الحمى الشديدة وتغير الطحال وعند فعل الصفات التشريحية فى جثة الهالكين بالحميات المتقطعة الخبيثة كثيرا ماتوجد علامات الميلانميا واحيانا توجد تحصلات التهابات او انسكابات دموية او احتقانات شديدة فى الاعضاء المختلفة

(الاعراض والسير)

(اولا الحمى المتقطعة البسيطة) اما مدة تفريخ السم الاجامى فليست معروفة معرفة اكيدة ويظهر انه يمضى بالاكثر ١٤ يوما من ابتداء تأثير الميازما الاجامية الى حين ظهور الاعراض الابتدائية ويظهر فى بعض الاحوال ان الظواهر المرضية تعقب تأثير السم الاجامى بلا واسطة

وقبل ان تتضح فى اثناء سير الحميات المتقطعة البسيطة الصفة التى استعار منها هذا المرض تسميته اعنى قبل ان تتضح نوب الحمى (وهى النوب الحمى) والازمنة الخالية منها (وهى الفترات) وتتعاقب مع بعضها لا ينذر ان يتضح التسمم بالسم الاجامى باضطراب عام فى البنية اضطرابا مستمرا او مترددا ازدد ا مختلف الوضوح مع اضطراب فى الوظائف المختلفة وهذا الاضطراب العام الذى يعتبر دورا سابقا للحمى المتقطعة ليس ذا اوصاف مخصوصة ولا يتميز عن الادوار السابقة لغير هذا المرض من الامراض التسممية العامة الا باعتبار تسلطن هذا المرض تسلطنا وطنيا او وبائيا وبعد استمرار الاعراض السابقة جملة ايام او فقدها فى احوال اخرى تظهر

النوبة الاولى من الحمى المتقطعة

ثم انه يميز لنوبة الحمى المتقطعة ثلاثة ادوار وهى دور القشعريرة ودور الحرارة ودور العرق اما دور القشعريرة فانه يبتدأ بملل وضعف وتكسر عظيم فالمرضى تتثاءب بكثرة وتجبر على تمديد اطرافها (المعروف بالتمطى) وينضم لذلك بسرعة الاحساس بالبرد المحسوس للمريض ويكون فى الابتداء على هيئة قشعريرة خفيفة تتردد زمنا ثم يصير على هيئة قشعريرة مستمرة بحيث تتطلب المرضى الغطاء بكثرة لاجل التدفئة وعند ارتقاء هذه القشعريرة يعترى الاطراف اهتزاز غير ارادى فتتلاطم الشفتان والاسنان وكثيرا ما يرتعد الجسم فى الفراش وعند ابتداء دور القشعريرة يحصل الم فى الرأس كثير الشدة او قليلها مع احساس بضغط فى الصدر وسرعة فى حركات التنفس والتكلم يصير غير واضح بسبب سرعة التنفس وتلاطم الشفتين المتكرر ولا يندر ان يحصل قىء سيما ان كان المريض متعاطيا الاغذية قبل حصول النوبة بزمن قليل وعند البحث على الحالة الظاهرة للمريض ترى له هيئة مخصوصة تشابه هيئة شخص تعرض لدرجة برودة عظيمة زمنا طويلا بدون غطاء مدثر له فيبرد بردا شديدا فان حجم الجسم يظهر متناقصا والوجه متكرشا والانف مدببا والاصابع مستدقة بحيث يخرج الخاتم منها وحيث ان توارد الدم الشريانى نحو الجلد يكون معاقا فلذلك يظهر عتقعا للغاية وحيث ان الدم الوريدى يكون مجتمعا ومترا كما فى الاوردة والتفرعات الوريدية الشعرية فيظهر كل من الشفتين واظافر اصابع اليدين والقدمين ذا لون مزرق ولا يندر ان يكون توارد الدم نحو الاصابع معاقا بالكلية بحيث تصير هيئتها كالشمع الاصفر فاقدة الاحساس ولا تدمى عند جرحها وزيادة على ذلك يظهر فى جلد الاطراف او الجذع هيئة شبيهة بجلد الاوز ويكون النبض سريعا جدا صغيرا صلبا والغالب ان يكون الافراز البولى متزايدا والبول الخارج ذا وزن نوعى خفيف وبالبحث الطبيعى يتضح غالبا ازدياد فى حجم الطحال وفى اثناء ما تتعادل حرارة دائرة الجسم فى دور القشعريرة مع حرارة الاوساط المحيطة بها شيأ فشيأ بسبب عوق توارد الدم الشريانى الساخن وتتناقص بجملة

درجات تبعا لذلك تكون حرارة الدم والاعضاء الباطنية آخذة فى الازدياد وهذا الازدياد يحصل قبل ان يبتدئ دور القشعريرة ويبلغ درجتين او ثلاثة او ازيد من ذلك فى الاحوال الثقيلة جدا

وجميع الاعراض المذكورة يمكن نسبة معظمها الى انه فى دور القشعريرة الحمية يحصل فى الطبقة العضلية للجلد وللشرايين الدائرية حالة انقباض تشنجى والنتيجة اللاواسطية لهذا التشنج هى حالة جلد الاوز وصغر النبض وصلابته ووقوع الانامل فى حالة تكرمش شبيهة بالموت وكذا بالانقباض التشنجى لعضلات الجلد وجدر الشرايين الدايرية يتعلق التناقص الظاهرى لحجم الجسم وجفاف الجلد وبهاتته وتراكم الدم فى الاوردة وانخفاض درجة حرارة الجسم فى سطحه الظاهر واحساس المرضى بالقشعريرة يكون عظيما جدا بحيث لا يمكن نسبته الى مجرد انخفاض درجة الحرارة فى دائرة الجسم واما بقاء الجسم من الظاهر باردا زمنا طويلا ولو كان مدثرا باغطية ثقيلة فانه يتعلق بتناقص تولد الحرارة فيه لقلة توارد الدم الشريانى نحو السطح الظاهر وهذه الظاهرة غريبة سيما وان سطح الجسم لا يترك حرارته الى ما كان محيطا به ثم انه باضطراب الدورة فى دائرة الجسم يزداد الضغط الجانبى فى أوعية الاعضاء الباطنة وحيث لا نعلم ان كان تشنج الطبقة العضلية الوعائية للشرايين الدائرية قاصرا على هذه الاوعية ولم يمتد الى الشرايين المتوزعة باطن الجسم ام لا فن المشكوك فيه ان كان كل من الم الرأس والضجر وسرعة التنفس والقىء وازدياد الافراز البولى وانتفاخ الطحال متعلقا باحتقان توارد تفممى جانبى فى الاعضاء الباطنة ام لا وعلى كل حال فان الاحتقان التواردى التفممى للطحال ليس هو السبب الوحيد فى تمدده وانتفاخه ومدة دور القشعريرة يمتد من نصف ساعة الى ثلاث ساعات وفى الادوار الابتدائية من الحمى يكون هذا الدور قصيرا وغير شديد بخلافه فى النوب المتأخرة من هذا المرض وعند استمرار الحمى المتقطعة زمنا طويلا تأخذ شدته وامتداده فى التناقص ثانيا واما دور الحرارة فانه لا يحصل بغتة بل تدريجا والاحساس بالقشعريرة يكون متقطعا باحساس بحرارة وقتية ثم يصير الاحساس بتزايد الحرارة

مستمرا وحينئذ يزداد الم الرأس وتقع المرضى فى حالة قلق ولا يندران يحصل عندها هذيان او تقع فى حالة خدر خفيفة وكذا الاحساس بالضجر فى الصدر يتزايد واما التنفس فانه يصير بطئا ويزداد العطش جدا وكذا تتغير الهيئة الظاهرة للمريض فان كلا من جلد الاوز واللون السيانوزى للشفتين واظافر الاصابع والوجه يصير محمرا داكنا وكثيرا ما يظهر طفح هربسى على الشفتين والنبض الذى كان ابتدأ صغيرا منقبضا يصير ممتلئا واضحا وضربات الشرايين السباتية تكون عظيمة والبول المنفرز متركزا ويتناقص انتفاخ الطحال وحرارة الجسم تتزايد ايضا فى دائرته فان درجة حرارة الدم ترتقى فى ابتداء هذا الدور الى غاية شدتها وتبقى على هذه الحالة مدة من الزمن ثم يحصل نحو انتهاء دور الحرارة انحطاط بطئ وجميع هذه الظواهر تثبت ان تشنج الطبقة العضلية الجلدية والوعائية قد زال وحل محله حالة تقرب من نصف شللية واسترخاء جوهر الجلد وجدر الاوعية يوجب به بسهولة تزايد توارد الدم الى الاعضاء التى كانت خالية عنه فى دور القشعريرة وازدياد امتلائها بالدم وارتفاع درجة حرارتها وكل من الآلام الشديدة للرأس والاحساس بالضجر فى الصدر الذى لا يندر ان ينضم اليه ظواهر نزلية وانتفاخ الطحال يلجئنا للقول مع التقريب بان شرايين الدماغ والشعب والطحال تكون فى حالة شبيهة بالحالة التى تكون عليها شرايين دائرة الجسم ومدة دور الحرارة تختلف باختلاف الاحوال المرضية فقد تكون من بعض ساعات او اقل وقد تستمر فى الاحوال الثقيلة من ست ساعات الى ثمانية بل والى ١٢ ساعة قبل ظهور العرق على الجسم واما دور العرق فانه يبتدى بتندية جلد الابطين والجبهة وعما قليل ينتشر العرق على جميع الجسم ويكون فى الابتداء لطيفا ثم يصير غزيرا وحينئذ تحس المرضى بالراحة العظيمة وتتناقص آلام الرأس ثم تزول تدريجيا بالكلية وينتبه الدماغ ويزول الضجر وكل من عمق حركات التنفس وسرعتها يعود الى حالته الطبيعية ويتناقص العطش ويصير النبض عظيما رخوا وتتناقص سرعته ايضا والبول الداكن يرسب منه عادة راسب من املاح بولية وهذه الظاهرة تنشأ عن تركز البول بسبب الفقد المائى العظيم الحاصل بواسطة التبخر

الجلدى العظيم وتفقد هذه الظاهرة عندما يتعاطى المريض كمية عظيمة من الماء شربا ودرجة الحرارة فى دور العرق تنخفض بالتدريج بحيث تصل الى درجتها الطبيعية تقريبا نحو انتهاء هذا الدور وحينئذ تزول النوبة وتبتدى الفترة واغلب المرضى تقع فى حالة نوم عميق تستيقظ منه مع حالة ملل وهبوط عظيم الا انها تكون متمتعة بحالة صحة جيدة فى الظاهر ثم ان كانت جميع ادوار نوبة الحمى المتقطعة واضحة سميت الحمى بالتامة واما ان فقد احد الادوار او كان غير واضح جدا سميت بالغير التامة وفى بعض الاحوال النادرة قد لا تتعاقب ادوار الحمى على هذا النمط المنتظم الطبيعى بحيث ان دور القشعريرة يحصل فى انتهاء النوبة لا فى ابتدائها (وهذا ما يسمى بالطرز المنعكس)

واما الفترة (اعنى الزمن الخالى من نوبة الحمى) فيندر ان تكون نقية بعد النوب الابتدائية من الحمى فالمرضى وان لم يوجد عندهم فى اثنائها حركة حمية بل فى كثير من الاحوال تكون درجة حرارتهم منخفضة عن الحالة الطبيعية ونبضهم قليل السرعة الا ان الشهية تبقى متناقصة غالبا واللسان مغطى والهضم مضطربا ويوجد عندهم حساسية عظيمة بالنسبة للتقلبات الجوية وتشتكى بحالة توعك عام ثم بعد بعض نوب تزول هذه الاضطرابات عادة فلا يشاهد فى اثناء الفترة ظواهر مرضية سوى حالة ضعف وفقر فى الدم تزداد شيأ فشيأ وعند استمرار الحمى المتقطعة زمنا طويلا تصير الفترات غير نقية والطرز المتقطع يقرب من الطرز المتردد شيأ فشيأ وهذا ما يسمى بالحمى المتقطعة تحت الدائمة ثم انه بحسب الطرز الذى به تتعاقب نوب الحمى مع بعضها تتميز الحمى المتقطعة الى يومية وثلاثية ورباعية

فاما اليومية او الطرز اليومى ففيه تحصل نوبة الحمى التالية بعد ٢٤ ساعة وفى الطرز الثلاثى بعد ٤٨ ساعة الرباعى بعد ٧٢ ساعة واما وجود اشكال اخرى فيها تتأخر نوبة الحمى ٥ ايام او ٦ او ٧ او ازيد من ذلك فنغير اكيد والطرز الكثير الحصول هو الثلاثى واليومى وان حصلت النوبة الثالثة فى اليوم المعلوم من الحمى فى ساعة متقدمة عن اليوم السابق سمى هذا الطرز بالطرز المتقدم وان حصل عكس ذلك

سمى بالطرز المتأخر ثم انه بهذا التقدم او التأخر يمكن ان يتغير طرز الحمى فيستحيل من الطرز اليومى الى الثلاثى والعكس بالعكس وان استمرت نوبة الحمى مدة طويلة من الزمن بحيث ان انتهاء النوبة يصادف ابتداء النوبة التالية نشأ ما يسمى بالحمى المتقطعة المتداخلة واما الحمى المتقطعة المزدوجة فيعنى بها الحمى المتقطعة التى فيها تكون فترة الطرز اليومى والثلاثى والرباعى متقطعة بنوبة حمية خفيفة قصيرة تحصل غالبا فى ساعة من النهار مخالفة لساعة نوبة الحمى القوية ففى الطرز اليومى تحصل نوبتان فى كل يوم احداهما قوية والاخرى خفيفة وفى الطرز الثلاثى المزدوج تحصل نوبة واحدة فى كل يوم احداهما ثقيلة تحصل فى ايام النوبة الاصلية والاخرى خفيفة تحصل فى ايام الفترة واما الطرز الرباعى المزدوج ففيه تحصل فترة فى كل يومين متواليين واليوم الثالث يبقى خاليا

ولا تبتدى الحمى المتقطعة بشكل مزدوج البتة بل الغالب ان يظهر هذا الطرز المزدوج بعد استمرار الحمى زمنا طويلا لاسيما عقب حصول نكسات متكررة

ثم ان سير الحمى المتقطعة كثيرا ما يتنوع بتأثير الجواهر الدوائية سيما باعطاء المركبات الكينية بحيث يندر وجود طبيب يعرف سير هذا المرض اذا ترك ونفسه من مشاهداته الخاصة به بمعنى انه يعرف سير هذا المرض الطبيعى فمعرفة هذا الامر قد اتخذناها من مشاهدات الاطباء الاميوباتيين واستنبطنا من ذلك بعض حقائق مهمة بالنسبة لهذا المرض فمنها انه لاشك فى كون نوب الحمى وفتراتها الناشئة عن تأثير السم الآجامى يستمر زمنا طويلا ولو لم يكن المريض معرضا لتأثير السم الآجامى وبعيدا عنه (فقد شاهدت شابا بحارا كان اصيب فى جريفوالد) بحمى متقطعة وشفى منها وبعد النوبة الاخيرة باربعة اسابيع قد اصيب بنكسة من هذا المرض وهو مسافر فى مركبه كما انه قد ثبت ان اعراض التسمم الاجامى تزول بدون معالجة طبية بعد زوال تأثير السم الاجامى بزمن طويل فمن الواجب حينئذ التحقق منه هو انه ليس فقط يزول تأثير السم من الاشخاص التى تترك المحلات الاجامية بعد اصابتها بالحمى المتقطعة بل كذلك الاشخاص

التى

التى تبقى فيها فانه يزول منها ايضا بعد انطفائه ولذا لا يجب انه متى لم تشاهد اصابات جديدة من الحمى المتقطعة فى محال متسلطن فيها هذا المرض عادة اعتبار شفاء الحمى المتقطعة التى كانت تعالج بدون نجاح الى وقت شفائها دليلا على جودة الجوهر الدوائى المستعمل وحيث ان تسلطن السم الاجامى فى بلادنا لا يستمر الا بعض اشهر فمن الاكيد ان الشفاء الذاتى لهذا المرض يحصل فى أحوال عديدة وهناك مسئلة اخرى وهى هل من الممكن التعوّد على تأثير هذا السم الاجامى المضر بتأثيره المستمر بحيث تنطفئ ظواهر التسمم الاجامى

وعلى كل حال فمثل هذه الاحوال يعدّ من النوادر والغالب انه باستمرار تأثير هذا السم تأثيرا مستمرا تتنوّع ظواهر التسمم فقط بحيث ينشأ عن الحمى المتقطعة البسيطة حمى متقطعة تحت الدائمة او سوء القنية الاجامى المزمن غير الحمى

ثم ان أغلب الحميات المتقطعة يبتدى بالطرز الثلاثى او اليومى بعد مضى دور الاعراض السابقة كما ذكرناه عند الكلام على نوب الحمى وفتراتها وفى الابتداء تكون الفترات غير واضحة ثم تتضح بعد نوب جمة وبعد مدة قصيرة لهذا المرض يكون لون المريض ممتقعا وهذا التغير يحصل بسرعة و يتضح جدا كلما كان انتفاخ الطحال عظيما واما اذا بقى هذا العضو صغير الحجم بان كانت محفظته متينة وغير قابلة للتمدد او كان تمدده وانتفاخه معاقين باسباب غير معلومة لنا فان لون وجه المريض لا يكتسب هذه الهيئة الممتقعة الخاصة الا فيما بعد وقد استنبطنا من هذا الامر السهل الادراك فى الحميات المتقطعة البسيطة الحديثة ومن امر آخر وهو رجوع اللون الممتقع للوجه بسرعة متى أمكن تنقيص انتفاخ الطحال وتمدد بسرعة ان اللون الممتقع الواضح للمرضى عقب النوب الابتدائية للحميات المتقطعة لا ينتج عن فقر الدم العمومى فقط بل معظمه فى الطحال لا عن قلة الدم فى الجلد الذى أدى اليه التراكم العظيم فانه يوضع محجم المعلم يوند على احد الاطراف لاى شخص يحصل ولابد احتقان عظيم جدا فى هذا الطرف وقلة دم باقى اجزاء الجسم تبعا لذلك وعند رفع هذا المحجم يعود توزيع

الدم الى حالته الطبيعية بسرعة وليس القصد من هذا القول ان ارتفاع الحرارة فى كل حمى متقطعة تخالف حمى باقى الامراض الحمية بالنسبة لنهوكة الجسم بل بعكس ذلك فانه لولا وجود ازمنة خالية من الحمى فى هذا المرض أعنى فترات بين نوب هذا المرض وبعضها فى اثنائها تقف نهوكة الجسم وتدخل فيه جواهر مغذية ومعوضة للفقد الحاصل من الحمى زيادة عن غيرها من الامراض الحمية لكانت الحمى المتقطعة أكثر الامراض ثقلا وخطرا بلا شك فان الفقد الجوهرى الذى يحصل فى هذا المرض من الارتقاء العظيم لدرجة الحرارة (التى تجاوز ٤١ درجة) اوأزيد فى هذا المرض عظيم جدا وهذا لا يستنتج مع التأكيد من كثرة تكون البولينا فقط بل منه ومن النحافة وسوء القنية المائى اللذين يحصلان فى كل حمى متقطعة طويلة المدة ولا شك فى ان تكون البولينا يزداد فى اثناء النوب فقط لا فى اثناء الفترات لكنى قد وجدت فى حالتين من الحمى الرباعية ازديادا فى افراز البولينا مدة الفترات ايضا وبعبارة أخرى ان البولينا المتكونة بكثرة فى اثناء النوبة تنقذف فيما بعد مدة الفترة ثم انه ان لم يمكن ايقاف نوب الحمى زمنا فزمنا او بالكلية بواسطة اعطاء المركبات الكينية اولم تزل من ذاتها بسرعة وصلت الايدريميا اى سوء القنية المائى الى درجة عظيمة جدا بحيث يحصل استسقاء عمومى متفاوت الشدة فى كثير من الاحوال فيها لا يكون الافراز البولى متناقصا ويندر ان يكون البول محتويا على مواد زلالية وهذا الاستسقاء يشابه مايحصل فى غير هذا المرض من الامراض المنهكة ولو كان من القريب للعقل ان التغيرات الجوهرية والوظيفية للطحال التى تحصل فى اثناء سير الحميات المتقطعة المستطيلة تساعد كذلك على حصول الادريميا العظيمة الدرجة والاستسقاء بكثرة وكلما استطالت مدة الحمى المتقطعة خشى من حصول تغيرات جوهرية مستمرة فى الطحال والكبد والكليتين وهذه التغيرات تكتسب عادة شكل الاستحالة الشحمية مع تراكم مواد بجمنتية فتؤدى الى نهوكة غير قابلة للشفاء كما انه لا يندر ان تؤدى الحمى المتقطعة المستطيلة الى التهاب كلوى جوهرى مزمن اوالى سوء القنية النزيفى

فى أحوال أخرى وجميع هذه العوارض الثقيلة للحمى المتقطعة البسيطة المعبر عنها بالكاشكسيا الاجامية يمكن تجنب حصولها بواسطة معالجة لايقة فى غالب الاحوال فلا يحصل كل من الاستسقاء والاستحالة الشحمية فى الاعضاء الغددية من البطن والكاشكسيا الغير القابلة للشفاء الانادرا جدا ولو فى المحال المتسلطن فيها السم الآجامى تسلطنا وطنيا بشدة عظيمة مادامت المعالجة لايقة والكينين وغيره من الجواهر الدوائية المعلومة وان لم يكن قاطعا للتسمم الآجامى بحيث باعطائه يزول المرض كلية الان تأثيره الخاطر بالنسبة للعرض المهدد من هذا التسمم وهو الحمى يكاد يكون أكيدا دائما فانه عقب استعمال هذا الجوهر الدوائى بمقدار مناسب يمتنع حصول عدة من النوب الحمية بدون استثناء وحيث ان كلا من الكاشكسيا الاجامية وفقر الدم بل واصابة الطحال يتعلق بالحمى فالمرضى لايحصل عندهم فى اثناء تأثيره تناقص فى حالة المرض فقط بل ان حالتهم تحسن جدا وتعود لهم قواهم ولو لم يكن المرض قد انطفى بالكلية ولامانع من تسمية النوب الحمية التى تحصل عقب انقطاع تأثير الكينين بالنكسات وذلك على سبيل الاختصار لكن هذه التسمية ان نظرنا للحقيقية غير صائبة فان الاحوال التى فيها تحصل هذه النكسات عقب الانتقال الى محال خالية عن السم الاجامى يثبت منها مع التأكيد ان الذى زال ليس هو المرض بتمامه بل عرضا من اعراضه وقد قالت الاطباء الاوميا تيون انه لايعقب طرقهم العلاجية نكسات ولهذا القول بعض اساس فى الحقيقة فان النوبة الحمية ان كانت زالت بواسطة المعالجة الاوميوباتية فلابد وان يكون المرض قد انطفى بالكلية والامر المعلوم من انه بتعاطى مقدار كاف من الكينين كثيرا مالاتحصل نكسات هذا المرض يرجح القول بان هذا الجوهر الدوائى له زيادة عن تأثيره الملطف لنوع الحمى تأثير جيد أيضا فى عموم هذا التغير المرضى الناتج عن التسمم الآجامى فمن الجايز أن تأثيره الملطف يستمر فى مثل هذه الاحوال حتى ينطفى التغير المرضى من ذاته وفى الاحوال التى بها يؤثر الكينين تأثيرا ملطفا مع التأكيد وهو الغالب ينقطع عدد من النوب

فلا تحصل وذلك من سبعة او اربعة عشر الى احدى وعشرين فالنوبة التالية لذلك تحصل اما فى اليوم الرابع عشر او بعد الاسبوع الثالث او الرابع ويندر ان تحصل قبل ذلك ويظهر طبقا للمشاهد ان القول بحصول النكسة دائما فى اليوم الرابع عشر او الواحد والعشرين او الثامن والعشرين من المبالغات فانى كثيرا ما شاهدت حصول النكسات قبل هذا الزمن او بعده ببعض أيام وليس من النادر حصول النكسة ثلاث مرات او اربعة او أزيد من ذلك حتى ينطفى هذا المرض بالكلية بعد امتداده جملة اشهر مع التقطع واظن انه من الجيد ذكر سير الحمى المتقطعة المتنوع بتعاطى الكينين عند الكلام على اعراض هذا المرض ولان اغلب الاطباء يكاد لا يتيسر له مشاهدة الحمى المتقطعة بدون هذا السير المتنوع فان كثيرا مما ذكروه فى كتب علم الامراض الباطنة على سير الحمى المتقطعة لاسيما نكساتها لا يطابق فى الحقيقة الصورة المرضية للحمى المتقطعة التى تترك ونفسها

(ثانيا الحمى المتقطعة الخبيثة)

قد تكون كل نوبة حمية خطرة بالنسبة للاطفال والطاعنين فى السن والاشخاص المنهوكين وغيرهم من المرضى بدون ان تكون ذات شدة ولا مدة غير اعتيادية ولا مصحوبة بمضاعفات فان الاطفال الذين يكونون مستعدين للتشنجات لا يندر ان يحصل عندهم فى دور القشعريرة نوب تشنجية صرعية كما يحصل عندهم ذلك كظاهرة ابتدائية لبعض الامراض الالتهابية تعتريهم ولا ينشأ عن هذه النوبة خطر عادة لكنها قد تؤدى احيانا الى شلل عمومى وتنتهى بالموت وعند الطاعنين فى السن والمنهوكين ينشأ خطر النوبة الحمية عن الانحطاط والهبوط التام لما تبقى عن الاثر الضعيف من القوى ومثل هذه الاحوال التى تنتهى انتهاء محزنا بسبب الاحوال الشخصية الخصوصية للمريض المصاب لا يعد من الحميات المتقطعة الخبيثة

ثم ان من الحميات المتقطعة ما يكتسب صفة خبيثة بان تكون الظواهر المرضية الاعتيادية ذات شدة عظيمة او مدة طويلة جدا ومن ذلك الاحوال التى فيها يصير احتقان الطحال عظيما جدا بحيث يؤدى لتمزقه او التى فيها

يصل دور القشعريرة الى درجة شديدة جدا بحيث يحصل فى الدورة عوق عظيم خطر وكذلك التى فيها لا ينتهى دور الحمى بعد ست ساعات او عشر بل يستمر اربعا وعشرين ساعة وازيد من ذلك فيخلفه هبوط عظيم جدا وكذلك التى فيها عند بعض الادوار امتدادا عظيما فائق الحد والظاهر انه يجوز عد بعض احوال الحمى المتقطعة الخبيثة المعبر عنها بالخدرية من هذا القبيل فانه لا يوجد فى هذا النوع مضاعفة مرضية بل ارتقاء عظيم فى الظواهر المرضية الاعتيادية فانه فى أحوال الحمى المتقطعة البسيطة الاعتيادية يحصل ارتقاء عظيم فى درجة حرارة الجسم كما يكاد لا يشاهد ذلك فى غير هذا المرض من الامراض وانما السبب فى تحمل المرضى لها بدون خطر على الحياة انما هو قصر الزمن الذى تمكث فيه الحرارة مرتفعة وفى جميع الامراض التى فيها درجة الحرارة تجاوز جدا الحد الطبيعى اوالتى تمكث فيها مدة مستطيلة فى درجة مرتفعة تظهر علامات الضعف العظيم ثم شلل القلب وهذه الاعراض التى تكون هى الواصفة لاشكال الحميات المتقطعة الخبيثة الخدرية فكأن الخدر العميق الذى تقع فيه المرضى فى الحمى المتقطعة الكوماوية اى الخدرية والهذيان الذى يسبق الخدر يذكرنا الظواهر المرضية التى تشاهد فى التيفوس والحصبة الخبيثة وغير ذلك من الامراض التسممية المصحوبة بحمى شديدة وفى غالب هذه الاحوال اذا حصل الهلاك لا يوجد فى الدماغ تغيرات تشريحية واما الحمى المتقطعة الجليدية ففيها تضعف ضربات القلب شيأ فشيأ ويصغر النبض ويتجمع الدم فى المجموع الوريدى فيحصل السيانوز وحرارة ظاهر الجسم تتعادل مع ما يحيط به من الاوساط فان فقد الحرارة عند عوق الدورة ووقوفها فى ظاهر الجسم لا يستعاض ثانيا بورود دم شريانى حار فيبرد جسم المرضى وبالاختصار تحصل ظواهر الشلل الحاد من القلب التى تظهر من شدة ارتقاء الحمى ويوجد ولا بد فى هذه الاشكال الثقيلة من الحمى المتقطعة تجمع كمية عظيمة من كرات بجمنتية فى الدم لكن وجود الميلانيميا مع سير الحمى المتقطعة الثقيل لا يلجأنا للقول باعتبار هذا الاخير نتيجة للاول فقد ذكر المعلم فريركس عدة احوال وجد فيها

المبـلانيا في جثة الهالكين بالحميات المتقطعة مع ظواهر دماغيـة ثقيلة لكن لم يجد فيها مادة ملونة بجمنتية في أوعية الدماغ نفسه وقد شاهدت حالة تشابه ماذكر

ومن جملة الحميات المتقطعة الخبيثة الخدرية الاحوال التي ينتج فيها عن كل من الاحتقان الشديد والانزفة والالتهابات والاضطرابات الدورية الناشـئة عن انسداد الاوعيـة الشـعرية بواسـطة التراكمات البجمنتية في الاعضاء المختلفة سير خبيث لهذا المرض ومما يقرب للعـقل ان هـذه الاضطرابات الغذائيـة والدورية في الاعضاء العصبية المركزية هي التي ينشأ عنها النوب الجنونية والسكتية والصرعية والتيتنوسـية التي تضاعف احيانا النوب الحميـة وتؤدى الى تميـيز الحمى المتقطعـة الخبيثة الى جنونيـة وسكتية وصرعية وتيتنوسـيـة والالتهاب الشعبي النزلي المتفاوت الشدة الذي يثور في اثناء كل نوبة حميـة ويحط مدة الفـترة يكون مضاعفة للحمى المتقطعة بكثرة وان لم يكن خطرا جـدا ويندر ان تكون الحمى المتقطعة الخبيثة الخـدرية رئوية أو بلوراوية أو مصحوبة بالنفث الدموى المتقطع وفي كثير من أحوال هـذه الحمى المتقطعة يحصل اليرقان وقد يؤدى الافراز المعوى الشديد والاسهال الغزير أو القيء الشـديد الى تكاثف في كتلة الدم فتصير نوب الحمى مشابهة بالكلية للدور الجليدى من الهيضة الهندية او الآسيوية وقد يحصل في بعض احوال هـذا المرض نزيف معوى غزير متقطع (فقد شاهد المعلم فريركس في احدى وخمسين حالة من الحمى المتـقطعة الخبيثة سـبعة عشر مصحوبة باسهال غزير وثلاثة بنزيف معوى غزير) وليس من الاكيد في جميع الاحوال معـرفة كون الافـراز والنزيف المعويين المذكورين حاصـلا من الاحتباس الشـديد الذي يتكون في الاوعيـة المعوية من انسـداد الاوردة الكبدية بواسـطة السـدد البجمنتية ام لا وبالجـملة فلنذكر مضاعفة الحمى المتقطعة باصابة الكلاء وتتضح بالبـول الزلالى اوالدموى وبانقطاع البـول في الاحوال الثقيـلة وفي الاحدى وخمسين حالة التي شاهـدها المعلم المذكور وجد البول الزلالى عشر مرة وانقطاعه خمس مرات

ثم ان الحميات المتقطعة الخبيثة وان كثر حصولها فى الجهات الاجامية من البلاد الحارة الا أنه لا يندر مشاهدتها عندنا فى الجهات التى يوجد فيها السم الاجامى بشدة فتشاهد منفردة فى جميع الاوبية العظيمة من الحميات المتقطعة وصفتها الخبيثة تتضح اما ابتداء أو فى النوبة الثانية أو الثالثة أو بعد ذلك وكثيرا ما تصير الفترات بعد ظهور الظواهر الخدرية الخبيثة غير واضحة بالكلية بحيث يعسر التشخيص جدا بل يتعذر فاغلب المرضى فى الاوبية التى شاهدها فريركس كانت ترسل فى المارستان مشخصة بانها أحوال تيفوسية

﴿ ثالثا الحميات المتقطعة الخفيفة او المبرقعة ﴾

القاعدة العامة ان التسمم بالميازما الاجامية ينشأ عنه الحمى المتقطعة لكن قد يشاهد احيانا بعض استثناآت من ذلك وهو انه ينشأ عن هذا التسمم بدلا عن نوب الحمى المتقطعة المرعصي تكون نوبه منعزلة عن بعضها بانحطاط منتظم يشبه فترات الحمى المتقطعة البسيطة وهذا الاختلاف منهم علينا وان كان ذلك حاصلا بالنسبة لنوب الحمى المتقطعة ولو البسيطة فان توجيه حصولها خفى ايضا والآلام العصبية المتقطعة الناشئة عن التسمم الاجامى المسماة باحوال الحميات المتقطعة المبرقعة تصيب بالاكثر الفرع فوق الحجاج ويندر ان تكون مصيبة لباقى فروع التوءمى الثلاث او غيره من التفرعات العصبية ولا حاجة لذكر نوب الآلام وشرحها فانها لا تخالف نوب الآلام العصبية الناشئة عن سبب آخر والظاهر ان هذه النوب تصطحب غالبا بحمى خفيفة تدرك بالترمومتر كما يظهر أيضا انه فى بعض الاحوال النادرة قد تنشأ اضطرابات فى الاعصاب الدماغية الشوكية او الوعائية بتأثير السم الاجامى كالانستازيا المتقطعة اى تناقص الاحساس المتقطع والشلل والاختلاجات والاضطرابات العقلية واحتقان الاعضاء المختلفة واوذيماها بل ذكر بعضهم تغيرات التهابية مترددة كالنزلات الشعبية والذبحات والحمرة الوجهية والرمد واليرقان واعتبرها اشكالا اجامية مبرقعة

﴿المعالجة﴾

المعالجة الواقية من هذا المرض تستدعي كون الحكومة المحلية تعتني وتهتم في ازالة الاسباب المرتب عنها تكوين الميازما الاجامية بواسطة وسائط صحية عمومية وذلك بتجفيف المستنقعات الاجامية المتسلطن بجوارها الحميات المتقطعة تسلطنا وطنيا واعمال الجسور اللازمة لحفظ الاماكن المستبحرة اعني المنخفضة وماعدا ذلك يلزم المقيمين في تلك الجهات قليلا او كثيرا التمسك ببعض الوسائط الصحية التي هي أجود من استعمال اى جوهر دوائي ويحفظ من التأثير المضر للسم الاجامي وقد نبه المعلم هوسكا في تآليفه على الامراض الباطنية مرتكنا الى تجارب شخصية ا كيدة على انه يجب على من اقام بالبقاع الاجامية او الذاهب اليها التمسك بالاحتراسات الصحية الآتية وهي ان يتبع بمجرد قدومه اليها بدون تأخير نوع معيشة سكانها فيشرب من مشروباتها الروحية وخلافها كالقهوة والشاي والليمونات بحسب الاماكن ويتعاطى اغذيتها المتبلة بالافاويه ويجتنب الاكل بكثرة في المساء ولا يشرب الماء العذب الا بعد تنقيته او اضافة قليل من النبيذ اليه وان تكون ملابسه بحسب اوقات النهار ودرجة حرارته واجتناب تأثير الهواء البارد في وقت المساء بالملابس المدثرة وحفظ شبابيك محل النوم ليلا مغلقة وانتخاب مسكن عال بعيد عن المستنقعات الاجامية واجتناب تأثير الرطوبة وبال الملابس والتباعد عن التدبير الصحي وعن الامور المضرة حتى لا يعتري الشخص مرض آخر يزيد في استعداده لتأثير السم الاجامي والتوقي من بعض الامور الخصوصية كتعاطي الاثمار واللبن والاستحمام في النهر والبحار سيما عقب غياب الشمس وعدم المكث بكثرة بجوار المستنقعات الاجامية والاكثر خطرا النوم في ساحة الاطلاق واما بالنسبة للاغراب القادمين الى المحال الاجامية فالاجود انتخاب الفصل الذي تقل فيه الاصابات الجديدة كفصل الشتاء في المناطق المعتدلة ومتى جبر الشخص على التعرض لتأثير السم الاجامي فمن الجيد استعمال الكينين كواسطة واقية بمقادير صغيرة كل يوم او بمقدار عظيم كل أسبوع

وَاما معالجة النوبة الحمية فانها تكاد تقتصر على الالتفات الى التدبير الصحى فتى شوهدت علامات القشعريرة الابتدائية ينبغى للمريض المكث فى فراشه والتنبيه على اهله بعدم الثقل فى الغطاء فان كثرته لاتجدى نفعا فى تدفية الجلد فضلا عن عوقها الدورة الجلدية والتنفس زيادة عن اضطرابهما وان كانت القشعريرة شديدة جدا ينبغى دلك الجلد بواسطة قطع من الصوف مدفئة مع وضع زجاجات ممتلية من الماء الساخن فى الفراش وأما تعاطى المشروبات الفاترة فانه لا يلطف احساس المريض بالبرد ولا يزيد حرارة الاجزاء الدائرية من الجسم المتناقصة ولو كانت حرارة الدم مرتفعة جدا ومع ذلك لامانع من اعطاء المريض بعض فناجين من منقوع عطرى ساخن كالشاى مع عدم مجاوزة الحد وان حصل فى اثناء دور القشعريرة قىء شديد لزم استعمال المسحوق الغازى (المصنوع من بيكربونات الصودا مع حمض الليمونيك) وان لم يثمر ذلك يعطى بعض نقط من صبغة الافيون واما ان حصل للمريض هبوط وانحطاط شديدان مهددان وجب اعطاؤه بعض المنبهات كالقهوة والنبيذ القوى والكافور والاثير ممزوجا بقليل من صبغة الافيون مع دلك الجلد ووضع بعض اللبخ الخردلية واما فى دور الحرارة فينبغى استعمال تدبير صحى مبرد كالتدثير اللطيف بالغطاء واعطاء مقدار صغير من المشروب المبرد وعند وجود ظواهر احتقان شديد فى الرأس تستعمل الوضعيات الباردة او الجليدية على الرأس او استفراغ دموى موضعى عند الاقتضاء ولا يلتجأ الى الفصد العام الا فى الاحوال الضرورية جدا فانه فضلا عن كونه ينشأ عنه هبوط مهدد لايجدى نفعا الا فى النادر وعوضا عن ذلك يستعمل فى مدة نوب الحميات المنقطعة الخبيثة مع الاستفراغات الدموية الموضعية والمحوّلات القوية المركبات الافيونية واما دور العرق فنى اثنائه ينبغى المكث فى الفراش ولا داعى لوسائط مخصوصة فان الافراط لتحريضه لامنفعة فيه البتة وبعد انتهاء هذا الدور يلزم للمريض التجرد من ثيابه ولبس غيرها

واما المعالجة فى اثناء الفترات فالقصد منها منع رجوع النوب الحمية باستعمال الكينين فيعطى منه مالم يكن ثم مانع من اعطائه خلاف انقطاع

النوب فان رأى الاقدمين القائل بانه من الجيد للمريض ان يكابد عددا معلوما من النوب ولا يسوغ قطع الحمى المتقطعة الا بعد النوبة الثالثة أو الخامسة أو السابعة مبنى على تعقلات فاسدة فانه كلما تخلص المريض من النوب الحمية بسرعة كان أجود له واما الحالة المرضية للغشاء المخاطى المعدى التى كثيرا ما توجد بعد النوب الابتدائية من هذه الحمى فتمنع من استعمال كبريتات الكينين وحينئذ فمن الجيد مقاومة هذه الحالة وازالتها بالمعالجة اللائقة قبل استعمال ملح الكينا المضر بالمعدة خصوصا فى الاحوال البسيطة الاعتيادية وكثيرا ما لا يلتفت الى تشخيص النزلة المعدية او التلبك المعدى فى اثناء معالجة الحميات المتقطعة فتستعمل المقيئات مع الافراط وعدم الاحتراس فان بعض الاطباء يزعم ان من اللازم ابتداء معالجة هذا المرض باعطاء مقىء وبعضهم يستعمل ملح النوشادر حتى تصير تغطية اللسان سميكة ثم يعقب ذلك بالمقىء لاجل استعداد الجسم لاستعمال الكينين حسب زعمهم ونحن نقول انه لا يحسن مطلقا فى الابتداء اعطاء المقيآت الا عند وجود الدلالات التى بيناها لاستعمال هذه الجواهر الدوائية فى النزلات المعدية فان كانت المرضى متباعدة عن التدبير الصحى فى ابتداء اصابتهم بهذه الحمى وكانت معدتهم ممتلئة بالمطعومات قبل النوبة بقليل ولم تنهضم وتحللت وفسدت وهيجت الغشاء المخاطى المعدى كان هذا سببا قويا لاعطاء المقىء وقد سبق الكلام موضحا على التمييز بين النزلات المعدية الناشئة عن سوء الهضم والمصاحبة لاغلب الامراض الحمية التى لا تستدعى استعمال المقيئات ولا تمنعنا من استعمال الكينين ومن منذ ما أوصى المعلم فايفر باستعمال الكينين بمقدار عظيم دفعة واحدة قل استعماله بمقادير صغيرة على مرار متوزعة على مدة الفترات حتى كادت تترك هذه الطريقة بالكلية وفى الغالب يكفى البالغين استعمال هذا الجوهر بمقدار عظيم مرة واحدة (اعنى ٦ دسى جرام أى عشر قمحات) لاجل قطع نوبة الحمى ويكفى حصول هذه الغاية عند الاطفال باعطاء ثلاثين سنتى جرام (يعنى خمس قمحات) فيعطى للصغيرين جدا من ١٣٠ الى ١٧ يعنى من قمحتين الى ثلاثة فكثيرا ما لا يحصل غالبا

الانوبة خفيفة جدا ثم تزول بالكلية والاجود اعطاء هذا الجوهر قبل
النوبة التالية ببعض ساعات حتى يتأكد من تأثيره مدة الفترة واعطاء
القليل منه مع التكرار لا يفضل الا بعد تقايئ المقدار العظيم منه وعدم
تحمل المعدة له فحينئذ يعطى منه فى مثل هذه الاحوال دسى جرام واحد
اى قمحتان فى كل ساعتين مع التكرار حتى يصل مجموع تعاطى المريض
من ثمانية ديسى جرام الى جرام (يعنى من اثنى عشرة قمحة الى خمسة عشر)
والغالب استعمال هذا الجوهر على شكل سفوف او حبوب (بان يؤخذ
من سلفات الكينين ستة دسى جرام (أعنى عشر قمحات) ومن خلاصة
الجنطيانا كذلك ويمزج ذلك ويصنع اربع حبات او محلولا بان يؤخذ من
سلفات الكينين ٦ دسى جرام اعنى عشر قمحات ومن ماء الميلسا ٩٠ جراما
(اعنى ثلاث اواق) ومن حمض الكبريتيك المخفف ٦ دسى جرام ومن
الشراب البسيط خمسة عشر جراما أعنى نصف أوقية وهذا المحلول جيد
التأثير جدا الا انه عسر التعاطى فان لم تحمل المعدة هذا الجوهر بأى
شكل جاز اعطاؤه من المستقيم على شكل حقنة فانه اكيد كذلك (فيعطى
من ٢ دسى جرام الى ٨) واما باقى املاح الكينين فلا تفضل عن سلفاته
وانما ايدروكلورات الكينين سهل الذوبان عنه الا انه ثمين وأما الكينودين
أو صبغته المستعمل عند الفقراء بسبب رخص ثمنه و يعطى منه ثلاث
اضعاف الكينين فغيرا كيد التأثير ويعطى من هذه الصبغة من اثنى عشر
نقطة الى خمسة عشر كل ساعتين اثناء الفترة او مل ء ملعقة شاى قبل
النوبة التالية بقليل ثم ان انقطاع نوبة الحمى بهذه المعالجة مرة واحدة
يكاد على الدوام يعقبه انقطاع الثانية والثالثة بل وعدد عظيم منها ومع ذلك
فمن الجيد الاستمرار على تعاطى مقادير صغيرة من هذا الجوهر بعض أيام
خصوصا اذا لم يزل انتفاخ الطحال مع الوضوح وكلما عاد الطحال الى حجمه
الطبيعى كلما قوى الشفاء بعدم حصول النكسات واما استعمال الكينين
فى اليوم السابع والرابع عشر والواحد والعشرين والثامن والعشرين
فقد بينا وجه رفضه فيما سبق فانه بهذه الطريقة كثيرا ما تحصل النكسات
فى اليوم السابق على اليوم المعين لتعاطى هذا الجوهر والاجود تنبيه

المرضى بانه من الجائز حصول النكسات بعد الاسبوع الثانى أو الثالث او الرابع ليكونوا على بصيرة وايقاظ بحيث اذا احسوا ببعض ظواهر الدور السابق وخشى من حصول نوبة حمية يتعاطون حالا مقدارا عظيما من الكينين وكل ذى ادراك من المرضى يمكنه بالالتفات الى ماذكر والاستيقاظ الى هذه النوبة الواهية الاثرية التى تكاد تسبق النكسة التامة على الدوام حفظ نفسه من حصول ذلك ورأى القدماء بتعاطى صبغة قشور الكينا بدلا عن الكينين فى النكسات بقدر ثلاثين جراما اعنى أوقية واحدة كل يوم قد ترك الآن وصار فى زوايا الاهمال وينبغى زيادة عن استعمال الكينين او تكرره ايصاء المرضى باتباع جميع الشروط الصحية التى نبهنا عليها عند الكلام على المعالجة الواقية وان سمحت حالة المرضى بترك المحل المتسلطن فيه الحمى قدر ست اسابيع او ثمانية فينبغى ايصاهم بذلك وهذه الاحتراسات لا تمنع كما تقدم من استعمال الكينين ثم ان ظهر عند المرضى حالة سوء القنية الاجامى المزمن المسمى بالكاشكسيا الاجامى وبالتسمم الاجامى المزمن يؤمرون باستعمال قدر نصف قدح من نبيذ الكينا مرتين فى النهار مع تدبير غذائى مقو بان يؤخذ من صبغة الكينا ثلاثون جراما أى أوقية ومن صبغة قشر القرفة أربعة جرامات (اى درهم واحد) ومن اكسير هالير الحمضى ثمانية جرامات (اى درهمان) على زجاجة من النبيذ الاحمر او يعطى للمريض قدر ملعقة شاى ثلاث مرات أو اربعة من صبغة الكينا المركبة المعروفة بالاكسير المقوى لويت ويضم لهذا المركب مقدار عظيم من الاستحضارات الحديدية وهذه الطريقة لها منفعة عظمى فى غالب الاحوال بحيث ان الاستسقاء ولو عظيما متقدما يزول بدون استعمال وسائط مدرة للبول فان لم تنجح هذه الطريقة وجبت المبادرة بتغيير المحل الذى فيه المرضى ولو يترتب على ذلك صعوبة عظيمة بالنسبة لاحوال معيشتهم

وهذه الطريقة العلاجية تكاد تكفى فى جميع الاحوال لشفاء الحمى المتقطعة البسيطة وأما التجارب العلاجية بواسطة جواهر عوضا عن الكينين كحمض الصفصافيك وصفصافات الصودا او الصفصافين وحمض الفينيك

والفلفلين وملح الطعام ونحو ذلك فلم تجد نفعا وانما الذى شوهدت منفعته أحيانا عند عدم تمام نجاح الكينين هو صبغة الاكابتس (المعروفة بشجرة الكافور) بمقدار نصف ملعقة شاى الى ملعقة أو اثنتين جملة مرات فى النهار والجوهر الوحيد المضاد للحمى المتقطعة والطارد لها خلاف قشور الكينا ومركباتها ويرتكن اليه نوعا هو حمض الزرنيخ على شكل صبغة فولير بان يعطى منها مدة الفترات من أربع نقط الى ستة ثلاث مرات فى النهار ولا يجوز استعمال الزرنيخ مع وجود الكينين الاكيد وغير الخطر الا فى احوال استثنائيه لا يثمر فيها ولو بمقدار عظيم واكثر استعمال الزرنيخ يكون فى الآلام العصبية التى تظهر على شكل الحميات المبرقعة وفى الحميات المتقطعة التى تستعصى على الكينين بشرط أن يعطى بمقادير صغيرة تزداد شيأ فشيأ مع الالتفات الى حالة القناة الهضمية فان لم تحمله المعدة يستعمل بالحقن تحت الجلد

وأما معالجة الحميات المتقطعة الخبيثة فالمهم فيها منع حصول النوب مرة ثانية ففى هذا الشكل بقطع النظر عن الوسائط العلاجية التى تستدعيها الظواهر العصبية لا ينتظر حصول الفترة التامة حتى يستعمل الكينين بل ينبغى اعطاؤه حالا متى حصل بعض انحطاط فى الظواهر المرضية بمقدار عظيم جدا أعنى من واحد جرام ونصف الى اثنين (اعنى من عشرين قمحة الى ثلاثين) واكثر وان لم يكن للمريض قدرة على ازدراده يعطى له على شكل الحقن من المستقيم او وهو الاجود بالحقن تحت الجلد والمفضل فى ذلك ثانى كبريتات الكينين او ايدروكلوراته او وهو الاجود على حسب تجاربنا فى الاحوال الخبيثة التى عالجتها مع النجاح بمصر ايدروبرومات الكينين وتحل هذه الاملاح اما فى الماء المقطر او فيه مع الجلسرين ويحقن بها فى كل مرة بقدر واحد دسى جرام الى اثنين مع التكرار على حسب شدة الحالة وخبثها

وفى الحميات المتقطعة المبرقعة يكاد يضيع تأثير الكينين كنجاحه فى الحميات المتقطعة البسيطة ومع ذلك فالظاهر ان تأثيره هنا ملطف عرضى حيث لا يقى من النكسات بالكلية

﴿المبحث الرابع عشر﴾

(فى الحميات الاجامية المترددة والمستمرة)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

أما الحميات الاجامية المترددة فانها تشاهد بالاكثر فى الاقطار الحارة غير انها تشاهد عندنا فى أوروبا على شكل احوال افرادية فى البقاع المتسلطن فيها الامراض الاجامية تسلطنا وطنيا والازمنة التى فيها تتسلطن اوبئة الحميات المتقطعة ولذا لا يسوغ عد الحميات المترددة فى بلادنا من الامراض الغريبة الآتية من الخارج وتركها بدون شرح فنتبع فى شرحها ماذكره المعلم جريسنجر فنقول

كون الحميات الاجامية المترددة انما تنشأ عن التسمم الاجامى يستنتج أولا من وجودها فقط فى المحال التى يعرف من صفات أرضها واقاليمها ومن وجود عدد عظيم من الحميات المتقطعة فيها انه متسلطن فيها ولابد سم اجامى شديد جدّا كما يستنتج ذلك ايضا من المشاهدات العديدة المثبتة على انتقال الحميات المترددة الى متقطعة وبالعكس وانه كلما كانت أوبئة الحميات المتقطعة المتسلطنة كثيرة الثقل كلما كثر وجود المترددة

﴿الصفات التشريحية﴾

اما الصفات التشريحية للجثة فى الحميات المترددة فانها من حيثية سوء القنية الميلانيمى تطابق الصفات التشريحية فى الحميات الاجامية الخبيثة واقل ماهنالك انه فى جميع الجهات التى يكون فيها تسلطن الحميات المترددة وطنيا يوجد التلون البجمنتى الداكن لكل من الجوهر القشرى للدماغ والتلون المسود لكل من الطحال والكبد وزيادة عن هذه التغيرات التى لا تكون قارة دائما يوجد فى الجثة اثر اليرقان المتفاوت الشدّة غالبا مع انسداد فى المسالك الصفراوية اوبدونه كما انه يوجد اثر التغيرات الالتهابية النزلية الدفتيرية وينذر وجود انسكابات دموية فى المعدة وسدد دموية فى الرئتين والتهابات رئوية نصيصية

﴿الاعراض والسير﴾

قد ميز المعلم جريسنجر للحميات المترددة ثلاثة اشكال اولها وهو الشكل

الخفيف يبتدىء سريعا باضطراب عمومى ثقيل وحمى شديدة وحالة معدية
ثقيلة ثم ينضم لذلك انتفاخ فى الطحال بسرعة و يرقان خفيف مع تبرز
غير منتظم ولا متلون وطفح هربسى شفوى وكل من انحطاط المرضى وآلام
الرأس والاطراف والدوار وطنين الاذنين والرعاف وظواهر الالتهاب
الشعبى يذكرنا الصفة المرضية لابتداء الحمى التيفوسية لكن الحمى
تظهر من الابتداء الصفة المترددة فيعقب الثورانات التى تكون فى
الابتداء غير منتظمة ثم تصير منتظمة وذات طرز يومى انحطاطات واضحة
وهذه الانحطاطات التى يظهر فى اثنائها عرق غزير وفترة عظيمة تستحيل
فيما بعد الى تقطعات تامة بحيث يخلف الحمى المترددة حمى متقطعة بسيطة
وفى غير ذلك من الاحوال ينتهى هذا المرض بالشفاء بدون هذه الاستحالة
مع تناقص تدريجى فى الظواهر المرضية ومدة المرض تكون حينئذ من
بعض ايام الى ثلاثة اسابيع

ثانيها وهو الشكل الثقيل فان الحمى فيه تكون شديدة للغاية والانحطاط
لا يكون واضحا الا فى ابتداء المرض وفيه الاضطراب العام يشابه التيفوس
الثقيل فالمرضى تقع فى حالة خدر عميق وهذيان ويجف اللسان و ينتفخ
الطحال وينضم لذلك ظواهر يرقانية غالبا او اعراض دوسنطارية
او الالتهاب الرئوى المضاعف وغير ذلك وفى بعض الاحوال قد ينضم لذلك
ظواهر الاحوال الخبيثة للحمى والمرض حينئذ تكون مدته من ثمانية
ايام الى اربعة عشر وعند انتهائه بالشفاء يستحيل الى حالة الحمى المتقطعة
البسيطة غالبا وقد يحصل الموت فجأة بظواهر الحمى المتقطعة الخبيثة

ثالثها وهو الشكل الثقيل جدا فانه يسير بظواهر حمى غير واضحة
ولا منتظمة فى ثوراناتها وانحطاطاتها مع هبوط وضعف واضحين جدا فتنحط
قوى المرضى بسرعة وتقع فى هبوط تام وينضم لذلك اعراض اضطرابات
غذائيه ووظيفية فى جميع الاعضاء تقريبا بحيث تنشأ أشكال مرضية
متنوعة فكثير من المرضى من يعتريه يرقان ورعاف اوقئ دموى او بول
زلالى أو انقطاع البول وظواهر شبيهة بالهيضة او الدوسنطاريا وكل من
الطحال والكبد ينتفخ جدا ويكون بكثرة محلا للالتهاب وتقيح وكذا

الاغشية المصلية والريتان قد يتكون فيها انسكابات التهابية واما سطح الجلد الظاهر فقد يحصل فيه غش اوغنغرينا وضعية اوغنغرينا اخرى والغالب حصول الموت فى هذه الاحوال بظواهر السبات او التشنج او بظواهر الحمى المعروفة بالجليدية

(المعالجة)

ينبغى فى الاحوال الخفيفة من الحميات المترددة تبعا للمعلم جريسنجر مقاومة الاصابة الحادة للغشاء المخاطى المعدى المعوى بواسطة الحمية القاسية والحوامض او المسهلات والمقيئات ان اقتضى الحال ذلك ولا يعطى الكينين فى مثل هذه الاحوال الابعد اتضاح الانحطاط والثوران الحمى وابتداء الاخير بقشعريرة مع مراعاة المضاعفات الاخرى ومعالجتها بما يليق بها فانها لا تزول باستعمال الكينين على حدته وأما فى الشكل الثانى والثالث من هذا المرض فالاهم اعطاء سلفات الكينين بمقدار عظيم ابتداء ودواما حتى تتحسن حالة المرضى ومع ذلك تعالج الظواهر العصبية معالجة عرضية كما بيناه فى معالجة الحمى الخبيثة

(المبحث الخامس عشر)

(فى العرق الدخنى المعروف بالحمى الدخنية)

كثير من المؤلفين سيما الالمانيين قد انكر وجود الحمى الدخنية كمرض مخصوص اى قائم بنفسه فان المعلم هبرى لم يسلم ان الحمى الدخنية مرض ذو انتشار جغرافى قاصر جدا وان أوبية هذا المرض تكون منفصلة عن بعضها بازمنة مديدة ولعدم مشاهدته هذا المرض ولو مرة واحدة قال بعدم وجوده راسا وما قاله هذا المؤلف من كونه لا يوجد مرض حمى الاويحتمل وجود حويصلات دخنيه حمية فيه وان كلا من هجوم التسمم الاجامى وسيره طبقا للمشاهدات انه لا يكون مطلقا مصحوبا بظواهر مرضية مطابقة لشرح الحمى الدخنية لا ينبنى عليه الا كون الطفح الدخنى لا يصلح ان يكون واصفا ولا مشخصا للمرض الذى نحن بصدده ولا ينافى ماهو ثابت ومحقق عن كثير من مشاهير المؤلفين من انه يوجد زيادة عن التيفوس والروماتيزم المفصلى الحاد والحمى النفاسية وغيرها من الامراض الحمية التى تشاهد

فى أثناء سيرها طفح دخنى شكل مرضى مخصوص يشاهد من جملة اعراضه عرق غزير جدا وطفح من حويصلات دخنية بكثرة جدا زيادة عن غيره من الامراض وتسميته الحمى الدخنية يدل على حسب العرض الملازم والكثير الوضوح فيها يطابق تسمية جميع الامراض التى لايمكن نسبتها لتغيرات تشريحية مرضية فى عضو مخصوص من الاعضاء

كيفية الظهور والاسباب

الحمى الدخنية تعد من جملة الامراض التسممية العامة ولابد فان كلا من ظهورها الوبائى المحض وعدم تعلق اوبيتها بالمؤثرات الجوية وغيرها من الاسباب غير الصحية وعدم وجود تغيرات مخصوصة عند فعل الصفات التشريحية ولو كانت قليلة يلجئنا لاعتبار هذا المرض من الامراض التسممية كامراض التسممية الطفحية الحادة وغيرها من الاشكال المرضية الناشئة عن تسمم الجسم باصل مسم نوعى آلى الطبيعة على غلبة الظن وهل هذا الاصل المسمى النوعى يتولد ويتكاثر فى جسم المريض وينتقل الى غيره من الاشخاص وبعبارة أخرى هل العرق الخبيث يعد من الامراض المعدية التسممية أم لا والظاهر ان جميع التجاريب المفعولة لتلقيح المادة المأخوذة من الحويصلات الدخنية لم تنجح فى هذا الامر واقتصار هذا الداء على بعض بقاع محدودة يقرب للعقل انه ليس معديا بل ميازماتيا اى ناتجا عن اصل مسم يتكون خارج الجسم ولا ينمو ويتكاثر فى الجسم المريض

ثم ان المعلم هرش الذى بذل الجهد فى البحث بالدقة عن هذا المرض بحثا تاريخيا وجغرافيا وباتلوجيا بالنسبة لانتشاره الجغرافى ولتأثير الفصول وغير ذلك من الاسباب المحدثة لوباء هذا المرض ذكر انه يقل وجود امراض مثل هذا المرض يكون قاصرا فى انتشاره على بقاع ضيقة فان الاقطار التى يوجد فيها هى فرانسا وجزء المانيا الجنوبى الغربى وايطاليا فهو وان شوهد فى العصر الاخير اقتصاره على بعض بلاد هولندة ومتوسط المانيا وشمالها واسبانيا فى العصر الاخير الا انه الى الآن لم يشاهد انتشاره فى جميع اوروبا وغيرها من أقسام كرة الارض شرقا وغربا وجميع الاوبئة المعلومة يظهر

الاغشية المصابة والريتان قد يتكون فيها انسكابات التهابية واما سطح الجلد الظاهر فقد يحصل فيه غش اوغنغرينا وضعية اوغنغرينا اخرى والغالب حصول الموت فى هذه الاحوال بظواهر السبات او التشنج اوبظواهر الحمى المعروفة بالجليدية

﴿المعالجة﴾

ينبغى فى الاحوال الخفيفة من الحميات المترددة تبعا للمعلم جرسنجر مقاومة الاصابة الحادة للغشاء المخاطى المعدى المعوى بواسطة الحمية القاسية والحوامض اوالمسهلات والمقيئات ان اقتضى الحال ذلك ولا يعطى الكينين فى مثل هذه الاحوال الابعد اتضاح الانحطاط والثوران الحمى وابتداء الاخير بقشعريرة مع مراعاة المضاعفات الاخرى ومعالجتها بما يليق بها فانها لا تزول باستعمال الكينين على حدته واما فى الشكل الثانى والثالث من هذا المرض فالاهم اعطاء سلفات الكينين بمقدار عظيم ابتداء ودواما حتى تتحسن حالة المرضى ومع ذلك تعالج الظواهر العصبية معالجة عرضية كما بيناه فى معالجة الحمى الخبيثة

﴿المبحث الخامس عشر﴾

(فى العرق الدخنى المعروف بالحمى الدخنية)

كثير من المؤلفين سيما الالمانيين قد انكروجود الحمى الدخنية كرض مخصوص اى قائم بنفسه فان المعلم هبرى لم يسلم ان الحمى الدخنية مرض ذو انتشار جغرافى قاصر جدا وان أوبية هذا المرض تكون منفصلة عن بعضها بازمنة مديدة ولعدم مشاهدته هذا المرض ولو مرة واحدة قال بعدم وجوده راسا وماقاله هذا المؤلف من كونه لا يوجد مرض حمى الا ويحتمل وجود حويصلات دخنيه حية فيه وان كلا من هجوم التسمم الاجامى وسيره طبقا لما شاهد انه لا يكون مطلقا مصحوبا بظواهر مرضية مطابقة لشرح الحمى الدخنية لا ينبنى عليه الا كون الطفح الدخنى لا يصلح ان يكون واصفا ولا مشخصا للمرض الذى نحن بصدده ولا ينافى ماهو ثابت ومحقق عن كثير من مشاهير المؤلفين من انه يوجد زيادة عن التيفوس والروماتيزم المفصلى الحاد والحمى النفاسية وغيرها من الامراض الحمية التى تشاهد

فى أثناء سيرها طفح دخنى شكل مرضى مخصوص يشاهد من جملة اعراضه عرق غزير جدا وطفح من حويصلات دخنية بكثرة جدا زيادة عن غيره من الامراض وتسمية الحمى الدخنية بذلك على حسب العرض الملازم والكثير الوضوح فيها يطابق تسمية جميع الامراض التى لا يمكن نسبتها لتغيرات تشريحية مرضية فى عضو مخصوص من الاعضاء

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

الحمى الدخنية تعد من جملة الامراض التسممية العامة ولا بد فان كلا من ظهورها الوبائى المحض وعدم تعلق اوبيتها بالمؤثرات الجوية وغيرها من الاسباب غير الصحية وعدم وجود تغيرات مخصوصة عند فعل الصفات التشريحية ولو كانت قليلة يلجئنا لاعتبار هذا المرض من الامراض التسممية كامراض التسممية الطفحية الحادة وغيرها من الاشكال المرضية الناشئة عن تسمم الجسم باصل سم نوعى آلى الطبيعة على غلبة الظن وهل هذا الاصل السمى النوعى يتولد ويتكاثر فى جسم المريض وينتقل الى غيره من الاشخاص وبعبارة أخرى هل العرق الخبيث يعد من الامراض المعدية التسممية أم لا والظاهر ان جميع التجارب المفعولة لتلقيح المادة المأخوذة من الحويصلات الدخنية لم تنجح فى هذا الامر واقتصار هذا الداء على بعض بقاع محدودة يقرب للعقل انه ليس معديا بل ميازماتيا اى ناتجا عن اصل سم يتكون خارج الجسم ولا ينمو ويتكاثر فى الجسم المريض

ثم ان المعلم هرش الذى بذل الجهد فى البحث بالدقة عن هذا المرض بحثا تاريخيا وجغرافيا وباتلوجيا بالنسبة لانتشاره الجغرافى ولتأثير الفصول وغير ذلك من الاسباب المحدثة له ولو باء هذا المرض ذكر انه يقل وجود امراض مثل هذا المرض يكون قاصرا فى انتشاره على بقاع ضيقة فان الاقطار التى يوجد فيها هى فرانسا وجزء المانيا الجنوبى الغربى وايطاليا فهو وان شوهد فى العصر الاخير اقتصاره على بعض بلاد هولاندة ومتوسط المانيا وشمالها واسبانيا فى العصر الاخير الا انه الى الآن لم يشاهد انتشاره فى جميع اوروبا وغيرها من أقسام كرة الارض شرقا وغربا وجميع الاوبئة المعلومة يظهر

خمسة اسداسها فى فصل الربيع والصيف وظهور هذا المرض فى فصل الخريف نادر وأما فى فصل الشتاء فيكون اكثر الا انه كما ذكر قليل الانتشار دائما ولا يناط ظهوره بحالة تكدر الجو واضطرابه ولا بصحوه فان اوبيته قد شوهدت فى وقت اعتدال الربيع وفى حرارة الصيف واكثر مشاهدة اوبية هذا المرض يكون عند تسلطن الاحوال الجوية المتصفة بحرارة معتدلة ورطوبة عظيمة والظاهر ان البقاع الاجامية لا تعين على حدوثه مثل الاماكن القحلة الجافة وظهور هذا المرض دون باقى الامراض التسممية الانتشارية قليل الحصول فى المدن العظيمة المتراكم فيها عدد عظيم من الناس بل الظاهر ان يحصل بكثرة فى البقاع والخلوات المحدودة ومجامع الاسواق ونحو ذلك وقد ذكر بعض الاقدمين من الاطباء وتبعه المعلم شونلين فى العصر الاخير ان المياه التى ينقع فيها الكتان تساعد على تكون الميازما الدخنية

وبالنسبة للاحوال المعيشة التى شوهد انها تهيئ للاصابة بهذا الداء عند تسلطنه تسلطنا وبائيا هى اصابته لاقوياء البنية المتوسطى السن والنساء خصوص الحوامل والنفساء ولاطفال الرضع اكثر من الرجال وما عدا ذلك فالظاهر انه ليس له ادنى تاثير فى التهيئ للاصابة به ثانيا وان الفقراء الذين يغلب عليهم الاصابة باغلب الامراض الوبائية لا تكون عرضة للاصابة بالعرق الدخنى مثل الاغنياء

﴿الصفات التشريحية﴾

جميع المؤلفين الذين شاهدوا هذا المرض يذكرون التعفن الرمى السريع السير للجثة الهالكة به وفيه لا يكون الدم محتويا على تعقدات ليفية ويكون مائعا ذا لون داكن وكل من السحايا الدماغية والجيوب الوردية ويكون كثير الامتلاء بالدم والمادة المصلية احيانا تكون متزايدة فى الجيوب الدماغية ويشاهد الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية محمرا وينذر ان يوجد فى الرئتين بورات التهابية والقول بانه يوجد احيانا على الغشاء المخاطى المعوى حويصلات شبيهة بحويصلات العرق الدخنى لم يثبت الى الآن ويكون الطحال منتفخا لينا والكبد محتويا على كثير من الدم متطابق

بالكلية

بالكلية الصفات التشريحية هذه الصفات التشريحية التى تشاهد فى الامراض الطفحية الحادة

﴿الاعراض والسير﴾

قد يسبق هجوم هذا المرض احيانا بظواهر سابقة غير واصفة وهى عبارة عن تشك بتعب وتكسر فى الاطراف وآلام فى الرأس والاطراف فى الهضم والشهية

والغالب هجوم هذا المرض فجأة بدون ظواهر سابقة فالمرضى التى تكون آوت الى فراشها فى المساء مع تمام الصحة والراحة تستيقظ اثناء الليل مغمورة فى العرق الذى يندر ان يسبق بقشعريرة خفيفة وتشتكى بانقباض شفجى مؤلم فى القسم الفؤادى وضجر وقلق عظيمين جدا ويكون وجهها محمرا وجلدها ساخنا والنبض سريعا والبول قليلا متركزا والعطش لا يكون متزايدا جدا وكثيرا ما تشتكى ايضا بآلام فى الرأس واحساس بانقباض وتوتر فى القفا وبعضها يشتكى بدوار فى الرأس وطنين الاذنين وخدقان وآلام تشنجية فى الاطراف تشبه ما يشاهد فى الهيضة الآسية وينضم لذلك عرض واصف وهو الاحساس بخدر وتنمل فى الاطراف خصوصا فى الاصابع وباقى المحال فى الجسم التى يظهر فيها الطفح فيما بعد بكثرة والعرق يكون غزيرا جدا بحيث تبتل منه ملابس المريض وفراشه حتى ينفع منها احيانا وقد ذكر بعض المؤلفين ان رائحة العرق فى هذا المرض تكون مخصوصة شبيهة بالقش المعفون او الخل العفن لكن من القريب للعقل ان هذه الرائحة انما تنشأ عقب تحلل العرق وتعفنه فى الفراش ٠ وفى اليوم الثالث او الرابع من المرض يظهر الطفح الدخنى مع ارتقاء الاعراض السابقة سيما ازدياد افراز العرق والاحساس بأكلان فى الجلد وبعض هذا الطفح يظهر على شكل حويصلات صافية مائية ممتلئة بعرق شفاف يكون الجلد تحتها سليما جدا بحيث تشتبه بنقط مائية سائبة لكن الغالب ان يكون الطفح الدخنى من نوع الحويصلات الدخنية التى هى فى الحقيقة من نوع الدهيج الا كزيماوى فان ارتفاع البشرة فيه لا يكون بواسطة نقط مجتمعة من العرق بل متحصل التهابى سائل وعلى حسب كون الحويصلات الدخنية

تارة تكون شفافة مبيضة صغيرة وتارة تكون متعكرة محاطة بهالة محمرة تميز هذه الحويصلات الى دخنية مبيضة ومحمرة وقد يكون النضح السائل المصاحب للاحتقان حول أجربة العرق قليلا جدا بحيث لا تشاهد حويصلات واضحة بل حلمات صلبة (فيظن انها اكزيما حلمية) وفى مثل هذه الاحوال يكون لهذا الطفح مشابهة عظيمة بالطفح الحصبى واما اذا كان النضح منسكبا على سطح الجلد فان الحويصلات الدخنية تصير عظيمة جدا بحيث تشابه الجدرى المائى ثم ان ابتداء الطفح يحصل على جانبى العنق والجهة العليا المقدمة من الصدر ومنها يمتد الى البطن والظهر ثم الذراعين ثم الفخذين أو يندر امتداده الى الوجه وفروة الرأس وظهور الطفح يحصل اما دفعة واحدة بحيث يتغطى جميع الجسم بالحويصلات الدخنية فى قليل من الساعات او تدريجيا فيصاب جزء من الجسم عقب الاخر والنوع الاخير من الطفح هو الغالب والدفعات الطفحية الجديدة تسبق غالبا أيضا بثوران فى الظواهر المرضية سيما افراز العرق والاحساس بالاكلان فى الجلد

وقد لا يظهر الطفح الدخنى ولا يتضح وهذه الاحوال لا تشابه الاحوال النادرة فى الحصبة والقرمزية بدون طفح والتيفوس البطنى بدون التغير المعوى الخاص فان الطفح الدخنى يظهر انه نتيجة تابعة لازدياد افراز العرق ازديادا عظيما جدا وان هذا الاخير هو العرض الواصف والمشخص لهذا المرض واما اصطحابه بحويصلات دخنية او عدم اصطحابه بها فهذا منوط بحساسية الجلد كما يحصل عند تاثير الاشعة الشمسية على الجلد او دلكه بالمرهم الزئبقى فمن جهة يتعلق بشدة تاثير السبب ومن جهة أخرى بدرجة حساسية الجلد بحيث تحصل الاكزيما الشمسية او الزئبقية أولا

ثم ان كان سير هذا المرض جيدا تناقص افراز العرق الغزير وامتنع حصول طفح دخنى جديد بعد ان تكتسب الحمى وغيرها من الظواهر المرضية سيرا مترددا بل احيانا متقطعا وكذا يزول كل من الضجر والاحساس بالاكلان فى الجلد والم الرأس وفقد الشهية ثم تزول الحمى بالكلية ويهدأ النوم ويكثر افراز البول وتجف الحويصلات الدخنية وتبتدئ نقاهة المرضى التى فيها تنفصل البشرة المذابة بالعرق والمنفصلة عن الادمة

بواسطة الحويصلات الدخنية على هيئة قشور النخالة أو اهداب صغيرة
وقد يحصل في اثناء النقاهة نكسات تظهر وتسير مثل النوب الاولى من
الطفح وفي مثل هذه الاحوال قد يمتد المرض عدة اسابيع ويوقع المرضى
في نهوكة عظيمة بحيث لا تعود لقواها الا ببطء عظيم جدا

ثم ان القاعدة العامة ان سير هذا المرض حميد في غالب الاوبية بحيث
يشفى منه غالب المرضى بل جميعهم لكن قد توجد اوبية فيها يهلك به عدد
عظيم من المرضى ولو بدون مضاعفات ويمكن حصول الموت في كل دور
من هذا المرض وقد نص كثير من المؤلفين على ان حصول هذا الانتهاء المحزن
يكون بغتة اما بارتقاء ظواهر تعسر النفس جدا او باعراض شلل القلب
والدماغ وفي بعض الاحوال قد يسبق هذه العوارض المحزنة فقد افراز
العرق وانتقاع لون الحويصلات الدخنية وهذه احوال أدت الى القول
بارتداد الطفح الدخني نحو الاعضاء الباطنة ولو كان ذلك غير واضح
التوجيه

ثم ان المضاعفات الكثيرة الحصول في هذا المرض التي شوهدت في اوبيته
المشروحة بالدقة هي الذبحات الحلقية والالتهابات القلاعية والدفتيرية للفم
و يندر تضاعف هذا المرض بالتهابات شعبية اورئوية وقد شوهد في بعض
الاوبية بدلا عن الامساك اسهال دوسنطاري وان استطالت مدته او اشتد
كثيرا في سيره ظهر عند المرضى احيانا سوءقنية تزيفي كما يشاهد في
الامراض الثقيلة المستطيلة المدة سيما التيفوس ونحوه من الامراض
التسممية فيحصل رعاف غزير او تزيف من الاعضاء التناسلية عند النساء
في غير زمن الحيض او غش في الجلد وعلاوة على ذلك يضاف عليه كون درجة حرارة
الجسم في العرق الدخني لم تعرف مع التاكيد بواسطة ميزان الحرارة وذلك
يوجب عسرا عظيما في توجيه الظواهر المرضية توجيها فسيولوجيا فمثلا
كيف يجاب عن الضجر وضيق النفس العظيم المختص بهذا المرض
هل هو ناتج عن كثافة الدم بواسطة فقد العرق الغزير كما يحصل ذلك في
الهيضة الاسيوية التي شبهها بهذا المرض كثيرة وعن عوق الدورة
الشعرية الرئوية او ناتج من تولد الحرارة المتزايدة جدا بحيث يحصل

انشحان الدم بحمض الكربون الذى لا يمكن تعادله تعادلا تاما ولو كان
التنفس فى هذا المرض غير معاق وفى الحقيقة يسوغ لنا بسبب تبريد الجلد
العظيم جدا الذى يعترى الجسم عقب تبخير العرق ان نعتبر ان درجة
الحرارة فى العرق الدخنى ترتقى ارتقاء عظيما مع فرض ارتقائها فيه كغيره
من الامراض التسممية الحادة التى يبقى الجلد فيها جافا فان تبريد الجسم
بواسطة تبخير العرق يحفظ المرضى من خطر ارتقاء درجة حرارة الدم ارتقاء
عظيما الا انه لا يقيهام انشحان الدم بحمض الكربون الذى هو نتيجة
ملازمة لتولد الحرارة العظيم جدا وبذلك يمكن توجيه عسر التنفس والضجر
عند المصابين بالعرق الدخنى توجيها كافيا وهل كذلك الخطر العظيم الناشئ
عن انقطاع العرق فجأة مبنى على ارتقاء حرارة الجسم الى درجة عظيمة عند
فقد التبريد الناشئ عن التبخير العرقى العظيم بحيث ترتقى الى درجة ينشل
منها كل من القلب والدماغ فكل هذه الاسئلة لا يحسن الجواب عنها الا بعد
الوقوف على معرفة احوال درجة حرارة الجسم فى اثناء سير العرق الدخنى
معرفة تامة كما فى التيفوس وغيره وتعداد الموتى بهذا المرض يبلغ من ٨ الى ٩
فى المائة وفى بعض الاوبئة الخبيثة من ٣٠ الى ٥٠ فى المائة

﴿المعالجة﴾

لا يمكن التكلم على الوسائط الواقية من العرق الدخنى والمانعة لانتشاره
مادامت الامور المتعلقة بها لم تكن معروفة بالدقة

وكثير من الاطباء يوصى باستعمال مقئ من عرق الذهب فى ابتداء هذا
المرض لكن لا يتضح من المشاهدات المعروفة انه امكن قطع سيره بواسطة
هذه المعالجة ولذا كان الاوفق قصر استعمال المقئ على الاحوال التى
فيها يبتدأ هذا المرض باضطراب واضح فى الهضم ومع ذلك فاعطاء المقئ
فى بدء الحمى الدخنية التى فى اثنائها يكون البطن معتقلا قليل الخطر عن
اعطائه فى مبدء التيفوس لانه به يزداد الاسهال الحاصل من ابتداء
هذا المرض ويرتقى الى درجة عظيمة جدا خطرة للغاية وأما الجواهر
الدوائية المختلفة التى مدحت فى بعض الاوبئة بانها نوعية فلم تجد نفعا فى
الاوبئة الاخرى وانما ظهر ان الكينين ذو تاثير جيد مضاد للحمى فى معالجة

العرق

العرق الدخنى ولذا يوصى بكثرة باعطا ٧ دسى جرام واحد (اى من اثنتى عشرة قمحة الى خمسة عشر) كل يوم ولا يعطى فى الاحوال ذوات السير المتردد او المتقطع الواضح فقط بل كذلك فى ذوات السير المستمر ايضا متى ارتفعت الحرارة الى درجة عظيمة فانه استبان لمعظم المؤلفين فى هذا المرض اذا خطره متعلق بارتقاء درجة الحرارة ارتقاء عظيما ولو لم يتحقق لهم ذلك بواسطة القياس بالترمومتر وان لم يقتض الحال استعمال الكينين يلزم استعمال الحوامض سيما حمض الكلورايدريك (حمض ملح الطعام) او حمض الفصفور يك مخففا بالماء تخفيفا كافيا وعما يعد من التقدمات العظيمة فى معالجة العرق الدخنى رفض الاعتقاد بلزوم تدفئة المرضى جدا خوفا من ارتداع العرق الدخنى فانه ان كان القول بان تولد الحرارة فى هذا المرض متزايد جدا او ان شدة حرارة الجسم تتلطف بواسطة تبخير العرق على سبيل الحقيقة كان من الواضح ان زيادة تدفئة المرضى بواسطة الاغطية الثقيلة الى يسهل انشحان ماتحتها من الهواء بالرطوبة المائية فيمتنع كثرة تبخير العرق توقعهم فى خطر عظيم للغاية وحينئذ فاجود ما يوصى به هو تغطية المرضى بغطاء خفيف وتغيير هواء قاعتهم ومن جهة اخرى ينبغى الاحتراس الكلى من تعريض المرضى لتاثير تيار الهواء فان خطر البرد فى الحمى الدخنية فى اثناء افراز العرق الغزير اعظم منه فى غير هذا المرض من الامراض الحمية

﴿المبحث السادس عشر﴾

﴿فى الكوليرة الاسيوية او الهندية المعروفة بالهيضة﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

من الجائز بل القريب للعقل ان الهيضة الهندية تنشاء عن الميازما فى بلاد الهند التى فيها تتسلطن هذا المرض تسلطنا وطنيا وسواء كانت هذه الميازما الهيضية اعنى الجرثومة التى تظهر هناك فى الارز المريض اوغيره ام لا وسواء نتج عن هذا الداء تلف عدد عظيم من الاشخاص فى السنين المجتمع فيها الشروط المساعدة على نجاح هذه الجرثومة النباتية التى تتولد هناك تولدا ذاتيا ام لا فلا بد وان تلك الجرثومة الهيضية ليست وطنية ولا ذاتية

فى بلادنا فان جميع الاوبية الهيضية الطارئة على بلادنا انما حصلت بانتقال
تلك الجرثومة الغريبة الفيلية النباتية على حسب الظاهر بواسطة
المرضى المصابين بهذا الداء فوجدت اذ ذاك الشروط التى تساعد على نموها
وانتشارها فحينئذ لا تحصل عندنا البتة حصولا ميازماتيا وليس لنا
مقدرة على الحكم بان كان وجود هذه الجرثومة النباتية التى استكشفها
كل من المعلم هاليروكاوب فى امعاء المصابين بالكوليرة وموادهم البرازية
يثبت استكشاف جرثومة هذا المرض الحقيقى أم لا والسؤال عن انتشار
الهيضة هل يكون بالعدوى اى اصل معدٍ يرذ بالنفى متى تمسكنا بالمعنى
الحقيقى لهذا اللفظ فانه لم يحصل مطلقا ان شخصا سليما اصيب بالهيضة
بملامسته لمريض مصاب بها لكن حيث جرت العادة باستعمال لفظ عدوى
بكيفية عامة وتسمية بعض الامراض بالمعدية متى سرت من المرضى الى
السليمين وان هذا الامر الذى نحن بصدده واضح للغاية فى هذا المرض
ساغ عده من جملة الامراض المعدية والحاصل للاصل المعدى للهيضة
الهندية ليس التبخير الجلدى او الرئوى كما فى الحميات الطفحية الحادة
والتيفوس الطفحى بل المواد البرازية الخارجة من المصابين بالهيضة فانه
من الاكيد ظهور اوبية هيضية شديدة فى بقاع عديدة مصونة عن
هذا الداء الى وقت انتشاره فيها عند اتيان شخص اليها حامل لجرثومة
هذا الداء فى امعائه واستعمل أحد المراحيض او صبت فضلاته البرازية
فى مرحاض من البقاع المذكورة فمثلا فى سنة ١٨٤٨ ميلادية
قد حضرت ارسالية من العساكر الى مجدبورغ من بلدة تسمى استيتين
وكانت الهيضة متسلطنة فيها فاصيب بهذا الداء اثنان من العساكر فى اول
ليلة من وصولهما فوجها الى البيمارستان المعد للعسكر وكان بعيدا عن
مسكنهما بدون ملامسة احد من سكان المنزل الذى كانا مقيمين به وعما قليل
من الايام ظهرت الهيضة فى المنزل لدى باتافيه الايلة المذكورة بل وفى
الحارات القريبة منه وبعد بعض اسابيع انتشر وباء شديد فى هذه
البلدة وبعسر اتباع سير هذا المرض وانتشاره فى المدن العظيمة
العديدة المساكن وكثرة اصابته بخلاف الصغيرة لقابلية المساكن

المتباعدة

المتباعدة المنازل وقد تيسر لى فعل مشاهدات دقيقة على انتشار الهيضة فى اثناء وباء صغير منتشر فى بلدة تسمى جريفس والد فانه امكننى تقريبا فى كل حالة اثبات ان المصابين استعملوا مراحيض من كان مصابا بهذا الداء او خارج مختلطة بفضائر منازل المصابين او اشتركوا مع المرضى المصابين باسهال هيضى فى المراحيض ومن منذ ما علم أن الهيضة تسرى بواسطة الفضلات البرازية من المرضى الى السليمين اتضحت لنا امور عديدة ومشاهدات كثيرة كانت منبهمة علينا بالكلية ومتناقضة فى الظاهر فمن الواضح الآن سريان الهيضة فى اقرب وقت من محل الى آخر بخلاف الزمن الاول وذلك لسرعة الانتقال بواسطة السفن البخارية وسكك الحديد فلا يستغرب سرعة سريانه الآن باتباعه طرق السياحة ولا سريانه بعكس الرياح له فتارة يسرى من المشرق الى المغرب وبالعكس والتنقلات البعيدة التى تفعلها اوبئة هذا المرض توجه مع السهولة بان المصاب بالهيضة فى اثناء سفره لا يترك السم الهيضى الا فى مواضع برازه مع صون باقى المحلات فلو كانت الجرثومة الهيضية لا توجد الا فى الفضلات البرازية لمرضى المصابين بالاشكال الثقيلة من هذا المرض اعنى الهيضة الاسفيكسية لما امكن حصول التنقلات البعيدة لاوبئة الهيضة لعدم امكان سفر مثل هؤلاء الاشخاص ولا يحصل ذلك الا متى أمكن الاشخاص المتسممين بالسم الهيضى السفر فى اثناء دور تفريخ هذا المرض فيظهر فى محال بعيدة عن التى كانوا مقيمين فيها واصيبوا بها وزيادة عن مثل هذه الاحوال التى من ضمنها ما ضربناه مثلا فيما شاهدناه كما سبق فى مجدبورغ يثبت ايضا من احوال عديدة أن المصاب باسهال هيضى بسيط ولم يكن عنده حالة مرضية ثقيلة بل ولم يصب بالشكل الثقيل منها فيما بعد تحوى امعاؤه الجرثومة الهيضية بحيث يتسمم المرحاض المنتفع هو به وبذلك يظهر وباء هيضى (ومما ذكرناه يتضح أن الاعتقاد بسريان الهيضة بواسطة الهواء والرياح حتى سمى بالهواء الاصفر يعد من الخرافات وسريان هذا المرض الآن بواسطة المرضى المتصلة امعاؤهم بجرثومته الاصلية قد صار الآن محققا ثابتا بالابحاث المستجدة لكن الفضل فى اعلان ذلك رسميا لمجلس الطب المشترك بالاستانة الذى كنت عضوا منه)

وقد اعترض على القول بان الهيضة تنتشر بواسطة الفضلات البرازية من المرضى المصابين بهذا الداء بان بعض الاشخاص احيانا ازدرد تلك الفضلات وبقى مصانا عن الاصابة بهذا المرض وانه لم ينجح بالكلية احداث الهيضة فى الحيوانات التى صار ادخال المحصلات المعوية من الهالكين بالهيضة او الفضلات البرازية من المصابين بها فى باطن تلك الحيوانات ومثل هذه الامور لا يمكن انكاره ولا نفى اهميته فلاجل الجمع بين القولين وتوافقهما قيل بالنظريات الآتية وهى ان الفضلات الحديثة من المرضى المصابين بالهيضة لا تكون مشتملة على الجرثومة الهيضية التامة النضج اى الكافية فى احداث التسمم الهيضى اوليست مشتملة على كمية كافية فى احداث هذا التسمم وان الفضلات البرازية لا تصير خطرة الا بعد اختلاط الجرثومة الهيضية بالمواد الحيوانية المتعفنة فحينئذ تصير مساعدة على نمو هذه الجرثومة وتكاثرها وهذه النظريات جديرة بان يقبلها العقل وتميل اليها الاذهان فلذا صار قبولها على العموم لانها مستندة على أدلة عديدة فان تطعيم بعض الحيوانات الفضلات البرازية الحديثة من المصابين بالهيضة لم ينتج عنه ادنى خطر كما دلت عليه مشاهدات المعلم ترش بخلاف التطعيم بالفضلات القديمة فانها احدثت ظواهر مرضية هيضية وقد دلت التجارب على ان الخدمة المنوطين بغسل ملابس المصابين بالهيضة بعد تركها مدة وكذا الذين يغيرون فراشهم بعد موتهم ببعض ايام يكونون عرضة للاصابة بسهولة عن المنوطين بمباشرة اوانى البراز وقتيا والذين يغيرون ملابسهم كما ابتلت والخطر العظيم لسكان اى منزل ينشأ عن رمى الفضلات البرازية الهيضية فى المراحيض المشحونة بالبراز او فى حفر القاذورات التى بجوار المنازل فان الجرثومة الهيضية تجد فى تلك الاماكن جميع الامور التى تساعد على نموها وتكاثرها

ومن المشاهد ان الهيضة الهندية متى جلبت وانتقلت الى منزل من المنازل لا يصاب بهذا الداء الا من كان ساكنا به اومن شاركه فى مرحاضه بل قد شوهد ان الكوليرة التى تجلب الى بعض البلاد عدة مرات يبقى وباؤها قاصرا على بعض البيوت المصابة فقط بدون سريانها الى غيرها وفى احوال

اخرى تنتشر من مكان الى آخر حتى تعم الحارات المجاورة او جزأ عظيما من البلدة بل البلدة جميعها وهو الغالب وهذا الانتشار العظيم يحصل اما فى كل مرة متى وصلت الهيضة الى محل او فى بعض الاوبية دون غيرها والفخر للمعلم بيتنكوفرفى كونه أثبت ان هشاشة الارض هى التى بها يسهل تشرب وانتشار متحصل المراحيض وخابر القازورات المختلط بالجرثومة الهيضية فانها تساعد بكثرة على امتداد تشرب هذا المخلوط الخطر فى امتداد عظيم من الارض وبذلك يسهل انتشار الهيضة انتشارا وبائيا بخلاف الارض الصلبة (كالارض الحجرية) فانها تقى المحال المصابة من انتشار هذا الداء بها كما كان لهذا المعلم الفضل فى اثباته ان الاستعداد الوقتى لاى محل او بقعة لانتشار الهيضة فيه انتشارا قويا اوغير قوى متعلق بكون المتحصلات المختلطة بالجرثومة المذكورة على حالة مساعدة اوغير مساعدة على التحلل والتعفن واهم درجة تلك الشروط رطوبة الارض فان لها اعظم أهمية فى هذا الشأن كما ذكر فى أسباب التيفوس البطنى لكن ذلك ليس الامر الوحيد فى هذا الشأن فانه لاشك أن شروط التعفن والتحلل تكون قوية عند حصول جفاف فجاى فى الارض المتخللة برطوبة عظيمة بحيث يرتقى الجفاف لدرجة بها يصل كل من كمية الماء المتخلل بالارض والهواء فيها الدرجة معينة وحينئذ لا يمكن نفى الامور المعلومة العديدة المثبتة ان كلا من انحطاط المياه الاصلية فى الارض المتخللة هى بها وتناقصها الفجائى خطر جدا بالنسبة لانتشار الهيضة والامور الثابتة الاكيدة المضادة للسابقة تثبت ان زيادة عدد احوال الهيضة لا تكون متعلقة بانخفاض المياه الارضية الاصلية فجأة وتوضح لنا انه لا ينبغى اعتبار هذا الانحطاط الفجائى شرطا وحيدا معينا على تعفن المواد الفضلية المتخللة بالارض والمختلطة بجرثومات الهيضة

و يندر دخول الجرثومة الهيضية فى الجسم مع الماء المتلوث بها عند الشرب (ومن هنا يتضح كثرة اصابة الاطفال بالهيضة فى السنين الاول من الحياة) بل الكثير الغالب مع الهواء المستنشق من الانف والفم وامتزاجها باللعاب وازدراده ولذا كان التبرز فى المراحيض الملوثة بالجرثومة المذكورة خطرا جدا فان هذه المراحيض اجود مستودع لها ولان تيار الهواء الذى يجتاز

قصبات تلك المراحيض بدفع الغازات وبعض الجزيئات المتصعدة ذهاباً الى
اعلاه فيصل بذلك السم الهيضى الى الاماكن المسكونة ولذا اصاب بيرمير
حيث قال ان المساكن اكثر خطرا وعدوى من ساكنيها وزيادة عن تشرب
الارض للمواد السمية يظهر ان هذا المرض ينتشر ايضا بواسطة قصبات
المراحيض ومستودعاتها من مكان الى آخر
ثم ان الاستعداد للاصابة بالسم الهيضى وقبوله منتشر جدا فانه لا يصان منه
سن دون سن ولا نوع دون غيره ولا بنية دون أخرى ففى زمن تسلطن السم
الهيضى فى مدينة وانتشاره فيها يكاد يكون جميع من فيها متأثرا منه
ولو المصانين عن الاصابة باشكاله الثقيلة فيعتريهم بعض ظواهر مرضية من
أنواع تأثيره الخفيف وهناك بعض مؤثرات يظهر انها تزيد فى الاستعداد
للاصابة باشكاله القوية او الثقيلة جدا وتنقص مقاومة الجسم لتأثيره
وذلك كالتباعد عن التدبير الصحى واستعمال المقيئات والمسهلات وتأثير
البرد فى الجسم ونحو ذلك من المؤثرات الردية المضعفة فان بعض المنطبعين
على اتباع هواهم وان ارتكنوا فى شهواتهم وتعقلاتهم على ان نوع المعيشة
فى أثناء الاوبية الهيضية ليس له ادنى تأثير ولا دخل فى الاصابة بالهيضة وان
الاشخاص المحترسين جدا والمستمرين على معيشة منتظمة قد يصابون
بالاشكال الثقيلة من هذا المرض لا يكترث بقولهم لان مثل هذه التعقلات
الهوائية لا تستحق المناقضة فان كل شخص يكون عرضة للتسمم بجوهر
معى بتأثيره يهلك عدد عظيم من الاشخاص وآخرون ينجون من تأثيره
يكون هو الملام وغير المتعقل متى عرض جسمه لمؤثرات مضرة بها يقل الامل
فى النجاة من الاصابة به ولو كان تجنب تلك المؤثرات المضرة لا يترتب عليه
الامن التام فى النجاة وكان التحفظ الكلى لا يصيره مصونا من الاصابة
بالكلية فمن المشاهد انه فى اثناء تسلطن هذا الداء فى باريس يزداد
عدد المصابين به كل يوم اثنين بقدر الثمن زيادة عن باقى الايام وماذاك
الا من الافراط فى اى نوع يساعد الاستعداد لهذا الداء وشوهد فى
الاوبية التى كانت متسلطنة فى هدبورغ انه تكرر حصول تثاقل عظيم
جدا فى عدد المصابين والهالكين بهذا الداء عقب المحافل العمومية

والاسواق (ومثل ذلك شوهد فى الاجتماع فى اقليمنا عقب الاسواق العظيمة ومحافل المواسم ونحو ذلك) وكذا يوجه بعدم التمسك بالوسائط الصحية كثرة اصابة الاشخاص غير المتمدنين والفقراء بالهيضة مدة تسلطن وبائها ويضاف لذلك ان مثل هؤلاء الاشخاص لا يحفظون انفسهم بالتباعد من السم الهيضى مثل الاغنياء وبالنسبة للفصول قد اتضح ان الزمن المساعد على انتشار الهيضة فى اواسط اوروبا (وكذا بمصر) هو فصل الصيف والخريف بخلاف الشتاء فانه فى برودته ينتهى وباء الهيضة فيظهر ان كلا من الحرارة والرطوبة يساعد ولا بدّ على تكاثر السم الهيضى كما فى التيفوس والدوسنطاريا ومع ذلك فقد شوهدت استثناآت من ذلك فظهرت اوبية فى فصل الشتاء بشمال اوروبا وفى بطرسبورغ الاصابة بهذا الداء مرة تطفئ عادة الاستعداد للاصابة به ثانيا لكن ليس على الاطلاق وبالنسبة للتعود على تأثير السم الهيضى يوجد امر يركن اليه فى ذلك وهو انه فى المحال التى استمر فيها وباء هذا المرض زمنا طويلا لا تصاب اهل تلك المحال بسهولة مثل الطارئين عليها فانهم يصابون بسهولة واما تاريخ ظهور هذا المرض وانتشاره من منذ حصوله ببلادنا ودخوله أوّل مرة فى أوروبا وظهوره سنة ١٨٣٠ ميلادية فمنوط بالتاريخ فليراجع هناك (وقد تكرر ظهور وباء هذا المرض بالنسبة لمصر خمس مرات من بعد التاريخ المذكور)

﴿الصفات التشريحية﴾

جثة الهالكين بالهيضة الآسيية تحفظ حرارتها زمنا طويلا وفى بعض الاحوال شوهد نوع ارتفاع فى حرارة الجسم بعد الموت وثمّ ظاهرة أخرى مخصوصة وهى انقباض بعض العضلات عقب الموت بعدة ساعات بها تتحرك الاطراف سيما الاصابع فتغير الوضع الذى كانت عليه قبل الموت وانثناء الاصابع الذى شاهدته وتغيير وضع المرضى الذى تركتهم عليه قبل الموت احدث عندى تأسفا وجيعا كلما تذكرته

ثم ان كان الهلاك قد حصل عند ارتقاء هذا المرض الى أشد درجة وجدت هيئة المرضى الظاهرة مخصوصة فان حالة انقباض قبضة اليد والاطراف المقوسة فى اتجاهات مختلفة وجسم العضلات البارز الواضح يكسب الرمة

هيئة المصارعة ويكون التيبس الرمى قويا جدا بحيث لا يكاد يقهر والاعين
غائرة جدا فى الحجاجين ومحاطتين بهالة زرقاء والاجفان منطبقة نصف
انطباق ومانعرى من العينين يكون جافا براقا والانف مدببا بارزا عن
الوجنتين الغائرتين بكثير ولون الشفتين اما أن يكون مائلا الى الزرقة اوازرق
بالكلية ولون باقى الجسم سيانوزيا ويتضح بالاكثر هذا اللون فى الاظافر
وجلد الانامل يكون منكمشا كاصابع الغسالات اللاتى يشتغلن طول النهار
بأيديهن فى الماء والصابون او الماء المتحمل بالقلى الحريف وعند فتح الجثة
يتضح جفاف المنسوج الخلوى تحت الجلد ويبوسته والعضلات الحمراء
الداكنة ويكون الدم على هيئة سائل كثيف مسمر اللون كعصارة الوشنة
ويشتمل على تعقدات قليلة مسودة ويكون متراكما فى القلب الايمن
والاوردة الممتلئة منه امتلاء عظيما واما الاوعية الشريانية والقلب الايسر
فتخلو عنه بالكلية وكل من الجيوب الدماغية واوردة المعا يكون ممتلئا
بدم داكن وجوهر الدماغ يكون جافا يابسا ولا يحتوى التامور على أدنى أثر
من المادة المصلية ويكون سطحه الباطن لزج الملمس وكثيرا ما يكون مغطى
ببقع اكيموزية ويكون جوهر القلب العضلى منقبضا يابسا ذا لون أحمر قاتم
واما البليورا وباقى الاغشية المصلية فتكون مغطاة بطبقة لزجة وكثيرا ما
يظهر فيها بقع أكيموزية وتهبط الرئتان على نفسهما هبوطا تاما عند فتح
الصدر بسرعة وما ذاك الا لكون الهواء لا يجد عائقا عند خروجه من الخلايا
الرئوية ومروره من الشعب الفارغة الجافة وعند شق الرئة توجد جافة
بالكلية ولا يرى فيها أثر كل من الاحتقان والاوديما الانحدارية والعرى
المعوية الدقيقة تكون مسترخية وبالنظر اليها ترى حمراء وردية اللون
بخلاف عرى المعى الغليظ فتحفظ لونها الطبيعى وعند شق المعا الدقيق
يسيل منه كمية عظيمة من سائل لا لون له او ضعيف التلون مشتمل على ندف
مبيضة وهذا السائل يحوز جميع صفات الاسهال المائى الندفى الشبيه بماء
غسيل الارز الخاص بهذا المرض وقد يشاهد هذا السائل متجمعا بكمية عظيمة
جدا فى المعا فى أحوال الهيضة المسماة بالجافة ويكون الغشاء المخاطى المعوى
محلا للاحتقان وعائق دقيق كثيرا الشدة نحو الصمام قليلها جهة الاجزاء

العليا من المعاء الدقاق وقد يوجد مع الاحتقان الوعائى الشديد انسكاب بعض موادد موية فى جوهر الغشاء المخاطى وعلى سطحه فيظهر عليه حينئذ بقع اكيموزية كثيرا ماتكون منتشرة جدا ومحصل المعاء يظهر كثير الاحمرار أو قابله باختلاطه بالدم وقد تكون المعاء الدقاق فى بعض الاحوال منتقعة اللون بحيث لا يشاهد فيها كل من الاحتقان الوعائى ولا البقع الاكيموزية لكن حيث ان المعاء الدقاق فى مثل هذه الاحوال تكون أيضا ممتلئة بكمية عظيمة من ارتشاح مائع وان هذا الارتشاح لا يأتى الا من أوعية ممتلية لا فارغة وجب اعتبار انتقاع لون المعاء ظاهرة رمية فان انتقاع لون الاغشية المخاطية عقب الموت ولو كانت مدة الحياة محتقنة احتقانا عظيما ومفرزة لكمية عظيمة ظاهرة تشاهد فى جميع الاغشية التى تدرك بالنظر والغشاء المخاطى المعوى لا سيما ثنياته المستعرضة يكون منتفخا رخوا بسبب ارتشاحه المصلى وكذا الغدد المتفرقة والمجتمعة لبيير تكون غالبا كثيرة الانتفاخ ممتلية جدا وهذه الاجربة يمكن أن يصل حجمها الى حب الشهدانج وبسبب انتفاخ هذه الغدد يكون السطح الباطن من المعاء موشحا ببروزات حبيبية متفرقة تارة ومجتمعة أخرى وقد يتمزق بعض هذه الاجربة او اللطخ وحينئذ يظهر السطح الباطن للمعا هيئة مثقبة كالمصفاة او الشبكة (وهذا ما يسمى باللطخ الشبكية) واهم الصفات التشريحية لهذا المرض انفصال الطبقة البشرية المخاطية بكمية عظيمة فتنفصل الطبقة الحافظة للخمل المعوى وقد تنفصل هذه الطبقة فى بعض المحال عما تحتها بواسطة ارتشاح مصلى فتكون مثبتة قليلا بالخمل المعوى لكن الغالب ان يكون قد تم انفصالها بالكلية فى اكثر المحال وتكون موضوعة على سطح الغشاء المخاطى على هيئة اهداب مخاطية او مكوّنة للندف المبيضة السابق ذكرها السابحة فى الافراز المعوى ولذا كان تشبيه معاء المصابين بالهيضة بالجلد المعرى عن بشرته بواسطة نفاطة او بالماء المغلى تام للغاية ومتى اعتبرنا كون السطح المعرى عن بشرته من المعاء عظيم الامتداد جدا لم يتضح لنا ان بعض المؤلفين ذكر انه لا يوجد تناسب بين هذه التغيرات التشريحية فى القناة المعوية والظواهر المرضية الثقيلة التى تشاهد مدة

الحياة واما المعاء الغليظ فلا تظهر فيه تغييرات تشريحية قارة ولا تكون في الجزء الصائم من المعاء الدقيق التغييرات التشريحية كثيرة الوضوح جدا واما الغشاء المخاطي المعدى فانه يكون متفاوت الاحمرار بسبب اختلاف درجة احتقانه والانسكابات الدموية فيه وجوهره يكون منتفخا رخوا بسبب ارتشاحه المصلى

واما الكبد فيكون في قوامه الطبيعى ولونه منتقعا وعند شقه يسيل ببطء من الاوعية الغليظة كمية قليلة من دم كثيف كعصارة الوشنة والحويصلة المرارية تكاد تكون على الدوام ممتلئة بمادة صفراوية سائلة مسمرة او مخضرة والطحال لا توجد فيه تغيرات وتكون الكليتان في الدور الاول من الهيضة على حالتهما الطبيعية وانما تكونان محلا لاحتقان وريدى عظيم جدا وفي أحوال أخرى يكون بعض اجزائهما في هذا الدور مبيض اللون سيما في الاهرام وعند البحث من هذه الاجزاء بالمكرسكوب توجد القنوات البولية ممتلئة بأخلية بشرية منتفخة متعكرة وبنضح ليفى والغشاء المخاطى للقنوات البولية يكون مغطى بمادة مخاطية بشرية والمثانة تكاد تكون دائما خالية عن البول منقبضة فالتغيرات التشريحية الواصفة التى توجد في جثة الهالكين بالهيضة عند حصول الموت في دور ارتقاء هذا المرض عبارة عن بقايا تغيرات نزلية شديدة ممتدة في المعاء مصحوبة بانفصال مقدار عظيم من الطبقة البشرية وارتشاح معوى غزير جدا مع تكاثف عظيم في الدم واحتقان كلوى وريدى عظيم جدا

والصفات التشريحية في الجثة تختلف عندما يحصل موت المريض بالهيضة في دور رد الفعل او في اثناء الدور المعبر عنه بالتيفويد الهيضى فلا تكون الاطراف منثنية على الدوام ويكون التيبس الرمى قليلا وكل من الاسنان واللثة مغطى بطبقة وسخة جافة ويزول اللون السيانوزى او يكون قليلا والمنسوج الخلوى تحت الجلد يكون هو والعضلات رطبا والدم مائعا داكنا قليلا وتكون السحايا الدماغية محلا لاحتقان شعرى دقيق ولا يندر وجود كمية عظيمة من سايل مصلى في حالات الام الحنونة والجيوب الجانبية ويكون جوهر الدماغ نفسه رطبا والقلب الايمن لم يزل كثير الامتلاء بالدم

والتامور كثير الارتشاح وكذا الغشاء الباطنى للاوعية الغليظة ولا تكون
الرئتان فى هذا الدور جافتين بل تحتويان على كمية عظيمة من الدم وتكونان
مجلسا للاوذيما والاحتقان الانحدارى العظيمين ولا يندر كونهما مجلسا
الالتهاب رئوى فصيصى او فصى أو لسدد دموية والسطح الظاهر من المعاء
الدقيق يكون فاقد اللونه الوردى ومتحصله مشتملا على مواد صفراوية
وقد تنتفض الطبقة البشرية ثانيا فى بعض الاحوال وحينئذ لا تشاهد
تغيرات غذائية مدركة فى الغشاء المخاطى المعوى لكن الغالب ان يشاهد
فيه زيادة عن اللطخ المتفخة التهاب دفتيرى واضح يتحول به الغشاء
المخاطى فى كثير من الاصفار الى خشكريشات جافة مصفرة او مسودة كثيرة
العظم او قليلته وهذا الالتهاب الدفتيرى الثانوى كما يشاهد فى المعاء
الدقيق كذلك يمتد الى المعاء الغليظ بل قد تشاهد التهابات دفتيرية فى
الحويصلات المرارية والفرج والمهبل عند النساء وكل من الكبد والطحال
لا يكون جوهره متغيرا على الدوام لكن يكون مجلسا لاحتقان عظيم غالبا
وقد شوهد تمزق الطحال فى بعض الاحوال النادرة وكذا الكليتان
تكونان محتقنتين وفى كثير من الاحوال يشاهد فيهما علامات التهاب
دفتيرى حاد وتكون المثانة ممتلئة امتلاء متفاوتا بكمية من البول المحتوى
على مواد زلالية

﴿الاعراض والسير﴾

يكاد يشتكى جميع الاشخاص الموجودين فى المحال المتسلطن فيها السم
الهيضى باحساس بضغط خفيف فى قسم الشراسيف مع قراقر فى البطن
والاحساس باسهال مهدد وظواهر سوء الهضم الخفيف والاضطراب
المعدى المعوى تنشأ بلاشك عن تأثير السم الهيضى فى الجسم ولا ترتقى
الى حالة مرضية ثقيلة متفاوتة الدرجة الا عند اشتداد التسمم الهيضى
او وجود استعداد فى الجسم وقابلية للاصابة به وقد زعم بعضهم ان نوب
الرعب والفزع التى تشاهد كثيرا عند تسلطن الوباء الهيضى كالاغماء
وتقلص عضلات سمانة الساقين ونحو ذلك من الاضطرابات العصبية ناشئ
أيضا عن تأثير السم الهيضى فانه مما رسخ فى الاذهان عند العوام ان الفزع

من الهيضة خطر جدا وانه ابتداء الاصابة بها بحيث يوجد عدد عظيم من الاشخاص يخشون الخوف من الرعب من هذا المرض مدة تسلطنه ونحن نظن ان هذا الاعتقاد فاسد وان هذه الاعراض مجرد نتيجة للتأثير العقلي والاوهام التي تحصل عند الاشخاص الكثيرة الاحساس مدة تسلطن هذا الوباء المخوف ومن حوادث انتشاره ومن كثرة تعداد الموتى فجأة فان عين الظواهر المذكورة اوماشابهها يحصل ايضا عند سكان مدينة وهي في محاصرة العدو ورمى الكلل عليها فان الاشخاص الكثيرة الرعب وان كانت غير مصونة عن الاصابة فانها لا تزداد اصابتها عن غيرها من أرباب الجراءة ولا تبتدئ نوبة الهيضة تبعا لما شاهدناه باحساس رعب واغماء وتقلصات في سمانة الساقين ولوان كثيرا من المرضى يندب الطبيب من أجل هذه الظواهر ويطلب منه الاسعاف وعند البحث بالدقة في مثل هذه الاحوال لابد وان يكون سبق ذلك اسهال بزمن مختلف الطول لم يلتفت اليه المريض بالكلية

ثم ان زمن تفريخ هذا المرض يكون من يوم الى يومين تبعا لبعض المؤلفين ومن ثمانية الى اربعة عشر تبعا للآخرين فان ملاحظة الزمن الذي يمضي من وقت تأثير السم الهيضي الى حين هجومه لا يتيسر في كثير من الاحوال وفي بعض الاحوال التي شاهدتها سنة ١٨٥٩ في جريفس ولد وكذا في أحوال عديدة شاهدها الطبيب جريتنير في قرية صغيرة في حدود مكلمبرغ وأمكن منها تحقيق زمن الاصابة بالدقة تقريبا لم يكن زمن تفريخ هذا المرض أقل من ست وثلاثين ساعة ولا أكثر من ثلاثة أيام

ثم ان الشكل الخفيف جدا من الهيضة يبتدئ باسهال بسيط غير مصحوب بمغص ولا بزحير ولا ينتج عنه من الاضطرابات البنيية العامة سوى درجة خفيفة من الهبوط والتكسر والتبرز يتعاقب في فترات كثيرة التباعد عن بعضها أو قليلته والفضلات المتقذفة تكون بكمية عظيمة جدا سائلة الا أنها لا تفقد الرائحة ولا التلون ومثل هذه الاحوال المرضية وان لم تذكر في القوائم الرسمية ولا تعتبر من هذا المرض الا أنها تعد طبعا منها بدون شك ويؤيد ذلك أولا كثرة حصول الاسهال في زمن تسلطن هذا المرض مع أن جميع ذوى

الفطنة يتجنبون كلا من تأثير التباعد عن التدبير الصحى والبرد وغيرهما من المؤثرات المضرة ثانيا استعصاء هذا الاسهال وقلة تأثير الجواهر الافيونية فيه ثالثا كثرة سريان هذا المرض بواسطة المصابين بهذا الاسهال وانتقاله الى محل آخر رابعا كثرة استحالة هذه الاسهالات الهيضية البسيطة الى أشد اشكال هذا المرض ثقلا فان كثيرا من المرضى سيما الفقراء الذين يتوجهون الى منزل الطبيب بانفسهم لاجل استشارته فى اسهال بسيط قد أتعبهم واستعصى عن الوسائط العلاجية الاعتيادية من يوجد مساء اليوم الذى توجه فيه الى الطبيب فى حالة كرب للغاية مستلقيا فى فراشه فى حالة سيانوزية فاقد النبض بارد الجسم بالكلية

والتجارب المهمة التى فعلت بخصوص الهيضة فى البيمارستانات الكبيرة وان كانت جديرة النفع الان بعض الاطباء حادعنها الى اتباع التصورات الفاسدة القديمة التى لم ازل اضاربها منذ عشرين سنة بالنسبة لاهمية الاصابة المعوية فى الهيضة فانه قد صار الوقوع فى خطا جديد وعدم التفات الى الامر المهم من ان اغلب المصابين لا يوجد عندهم من الظواهر المرضية سوى الاسهال الغزير وان هؤلاء لا يدخلون البيمارستانات وأما نحن فنقول انه من اهم الامور معرفة ان هنالك درجات عديدة بين الاسهال الهيضى والهويضة والهيضة الثقيلة جدا (اعنى الهيضة الاسفكسية اى الاختناقية) وان هذه الاشكال الثلاثة مماثلة لبعضها اعنى من طبيعة واحدة وذلك اجدر بالاهتمام بالبحث عن علامة جديدة دالة على الشكل الاسفكسى من هذا المرض

والاحوال المرضية التى تعتبر انتقالا من الاشكال الخفيفة الى الثقيلة هى التى ينضم فيها الى الاسهال الغزير قئ متواتر وفيها الفضلات المنقذفة تكتسب الصفة المخوفة المعروفة بالفضلات البرازية الشبيهة بماء الارز بدون ان يصاحب ذلك بشلل فى القلب وتكاثف عظيم فى الدم اللذين ينشأ عنهما الشكل المهول لهذا المرض المعبر عنه بالهيضة الاسفكسية وبالشكل الثقيل جدا لهذا المرض ثم ان الشكل ذو الدرجة الخفيفة من الهيضة ولو انه قد يرتقى بسرعة الى الدرجة الشديدة جدا يسمى بالشكل

التيجى من الحيضة او الهو يضة تمييزا له عن الاسهال الحيضى البسيط وعن الحيضة الاختناقية وانتقاع لون المواد البرازية فى هذا الشكل يكون متعلقا بتخفيفها تخفيفا عظيما بسبب كثرة السائل المنفرز من المعاء وغزارته ولذا ان كمية الفضلات البرازية كلما عظمت وتكرر خروجها بسرعة كان فقدها اللون الاصفر البرازى الخاص والرائحة البرازية الخاصة بها اسرع بها أيضا وقد يندفع بجميع متحصل المعاء من أول مرة اسهال وفى مثل هذه الاحوال توجد الفضلات المنقذفة ثانى مرة بالاسهال فاقدة اللون والرائحة وسابحا فيها ندف مبيضة بكمية متفاوتة ولا يسوغ الحكم من فقد هذه الفضلات للون والرائحة بامتناع تكون الافراز الصفراوى وانصبابه فى المعاء فان الصفرا ولو كان افرازها بكمية طبيعية مستمرا على حالته لا يكفى فى تلون الكمية العظيمة جدا من الافراز المعوى السائل وقد دل البحث الكيماوى والمكرسكوبى على أن السائل المصلى المنفرز من الاوعية الشعرية للمعا فى هذا المرض يكون مشتملا على قليل من المواد الزلالية وكثير من الاملاح جدا سيما ملح الطعام وان الندف المبيضة السابحة فى السائل المصلى يندر ان تكون متكونة من اخلية بشرية باقية على حالتها بل الغالب انها متكونة من بقايا الاخلية المذكورة التى تكون على هيئة نوايات منفصلة دقيقة ومختلطة بمادة حبيبية غليظة أو دقيقة ومتعلقة بمادة مخاطية ومن اخلية مستديرة ذات نوايات حبيبية دقيقة أو غليظة وزيادة على ذلك يحتوى السائل البرازى الحيضى على بلورات من املاح ثلاثية القاعدة لكن وجودها ليس على الدوام وعلى بقايا المطعومات وبعض جسيمات طفيلية ونمل فطرى وكثيرا ما يوجد فى الفضلات البرازية كرات دموية ويكون حينئذ السائل كثير الزلال الخارج من بعض الاوعية الشعرية المتمزقة مع الكرات الدموية

وهذه الصفة الخاصة بالبراز الحيضى والمعتبرة واصفة له من جميع المؤلفين توجه لنا مع الوضوح باقى اعراض هذا المرض فانه يسوغ تشبيه التغيرات التى تحصل فى المعاء التسمم بالسم الحيضى بالتغيرات التى تحصل فى الجلد من وضع منفط عليه اذ فى كلتا الحالتين تزول الطبقة البشرية الواقية ويحصل

افرازغزير من الاوعية الشعرية وباختلاف شدة هذه التغيرات سيما بامتدادها يتعلق ولابد كل من حصول ظواهر شلل فى القلب وتكاثف الدم عقب الفقد المائى وارتقائه لدرجة خطرة والاحوال التى فيها يكون فعل القلب قليل الضعف والتى فيها يستعاض الفقد المائى من الدم بواسطة شرب الماء هى التى يظهر فيها هذا المرض على شكل الهويضة

ومتى ظهرت الفضلات البرازية الهيضية الواصفة ارتقى العطش الذى لابد من حصوله فى الاسهال الهيضى البسيط الى أشد الدرجات ولاحاجة لتوجيه هذا العرض الشاق للغاية توجيها مخصوصا فانه يشاهد فى جميع الاحوال التى يفقد الدم فيها كمية عظيمة من الماء سواء كان بازدياد التبخير المائى الغير المحسوس كما فى الامراض الحمية أو بازدياد الافراز العرقى أو البولى وفى احوال الهويضة يكون الفقد المائى للدم اعظم ولذا كان العطش أشد وأقوى مما فى الاسهال الهيضى البسيط وينضم الى الفضلات البرازية السائلة الواصفة والعطش الشديد والهبوط العظيم والانحطاط ظاهرة أخرى شاقة على المريض وليست واضحة التوجيه الى وقتنا هذا وهى الانقباضات العضلية التشنجية التى تحصل زمنا فزمنا فى بعض العضلات سيما عضلات سمانة الساقين وتستمر احيانا من نصف دقيقة الى دقيقة كاملة وتصطحب بآلام شديدة جدا وليست هذه الانقباضات خاصة بالهيضة الاسيوية بل كثيرا ما تشاهد أيضا فى الهيضة الافرادية أى الذاتية وفى الاحوال ذات السير الجيد يصير الاسهال تدريجيا نادرا غير غزير والصفرا المنصبة فى المعاء كافية فى تلون الافراز المعوى بلون منتقع فى الابتداء ثم يسمر واخيرا يزول الاسهال ويأخذ المريض فى الشفاء الا ان النقاهة تكون دائما بطيئة وفى أحوال أخرى تحصل نكسة بعد أخذ المرض فى التحسين فيرتقى الى درجة خطرة جدا كما لا يحصل أحيانا تحسين فى حالة المريض فشكل الهويضة يستحيل بسرعة او ببطء الى الهيضة الاختناقية

وأما الشكل الاسفكسى من الهيضة فينشأ عن ارتقاء التغير الهيضى فى المعى الى أشد الدرجات واقل ما هنالك انه يمكن توجيه جميع الاعراض الواصفة لهذا الشكل بالتغيرات المرضية الثقيلة الممتدة التى تعترى الغشاء المخاطى

المعوى وبالافراز المعوى الغزير الآتى من الاوعية الشعرية والاقاويل بانه فى اثناء الاوبئة الهيضية قد يهلك بعض الاشخاص بظواهر فقد النبض مع البرد الشديد واللون السيانوزى ونحو ذلك بدون اسهال أو قئ وبدون ان توجد فى الجثة التغيرات الواصفة فى المعى صارت نادرة فى الاوبئة الاخيرة بحيث ان مشاهير الاطباء الممارسين لذلك ينكرون الآن وجود ما يسمى بالهيضة الجافة مع ان ذلك فى الاوبئة الاولى من هذا المرض كان يعتبر من الامور الثابتة بلاشك وينعكس ذلك بالنسبة للقول بتعلق باقى الاعراض الهيضية الاسفكسية باصابة القناة الهضمية فان كثيرا من الاطباء القائلين بوجود هذه التغيرات المعوية على الدوام لا ينسبون باقى اعراض الهيضة الى هذه التغيرات بل يزعمون انها فى الهيضة الآسية ليست ذات أهمية كثيرة بالنسبة لمجموع اعراض هذا المرض وذلك كالتغير المعوى بالنسبة لمجموع اعراض التيفوس البطنى وسنبين خطأ هذا القول فيما بعد ثم ان الهيضة الاسفكسية تنشأ فى كثير من الاحوال عن الاسهال الهيضى أو الهوبضة اللذين كانا موجودين من قبل من منذ أيام لكن كثيرا من الظواهر المتصف بها هذا الشكل من الهيضة ما يظهر بعد حصول أول اسهال هيضى ببعض ساعات اذ به يظهر انه يستفرغ بجميع متحصل المعاء دفعة واحدة بحيث يستغرب المريض من كثرته وكثير من المرضى لا يتوهم فى مثل هذه الاحوال وقوع الخطر العظيم الذى هو فيه فيهمل فى ندب الطبيب لا يقاف هذا الاسهال البسيط الغير المؤلم مع انه من الجائز هروعهم وانكبابهم على الطبيب فى أوقات أخرى متى حصل عندهم أدنى مغص خفيف ثم انه يعقب الاسهال الاول ثان وثالث وهلم جرا فيتكرر فى فترات قصيرة وتكون الفضلات البرازية بكمية عظيمة جدا مائعة وينتقل فى أقرب وقت الى صفة الاسهال الشبيه بماء الارز مع فقد اللون والرائحة وكثير من المرضى من يحس بعد الاسهال الثانى أو الثالث بضعف وانحطاط عظيمين جدا أو يقع فى حالة اغماء بحيث لا يمكنه الوصول من محل البراز الى الفراش الا بمساعد وفى هذا الزمن يحصل ايضا انقباضات عضلية مؤلمة فى عضلات سمانة الساقين وتطلب شرب شديد يزداد بتكرر الاسهال وينضم بسرعة لنوب

الاسهال فى يستفرغ به ابتداء محصل المعاء ثم سائل قليل الاصفرار
بكمية عظيمة جدا ويزداد ضعف المرضى بسرعة عظيمة فيفقد الصوت
رنانيته (وهو الصوت الهيضى) وتخرج الاستفراغات المعوية بدون ارادة
ويزول الافراز البولى وتشتد الانقباضات العضلية التشنجية المؤلمة ولا
يمكن اطفاء العطش الشديد وينضم لهذه الظواهر احساس عظيم بضجر
فيكون هو والانقباضات المذكورة اكثر اعراض الهيضة اتعابا للمريض
ومع ذلك يعترى سحنة المريض تغير فظيع مفزع للغاية فتغور العينان
فى الحجاجين و يتدبب الانف وتهبط الوجنتان (و يسمى حينئذ بالوجه
الهيضى) وينكمش جلد الانامل فتشبه أنامل الغسالات التى يشتغلن
بالغسيل طول النهار وعند رفع جلد اليدين على هيئة ثنية تبقى هذه الثنية
زمنا طويلا ولا تزول الا ببطء وكل من الشفتين والاطراف والاعضاء
التناسلية يكون ملونا بلون سيانوزى وكثيرا ما تكتسب الهيئة
الظاهرة من الجسم لونا مزرقا او سنجابيا والنبض الكعبرى الذى يصير دقيقا
صغيرا بعد نوب الاسهال الاول لا يحس به بالكلية عند كثير من المرضى
بعد ساعة واحدة من ابتداء نوبة هذا المرض ثم يزول عقب ذلك النبض
السباتى و يفقد بالكلية وتصير اصوات القلب وضرباته غير واضحة وفى
اثناء اضطراب الدورة وعدم تمامها وعدم وصول كمية كافية من الدم
الشريانى الحار الى ظاهر الجسم تنحط حرارته خصوصا فى الاجزاء غير
المغطاة بحيث تكون كحرارة الرمة (ويسمى هذا بالدور الجليدى) ومن
النادر ان تشتكى المرضى بالم فى الرأس بل الغالب شكواها بظلمة امام
الاعين وطنين فى الاذنين ودوار ولا يتكدر ادراكهم لكن اغلبهم يكون فى
حالة هبوط عظيم وان اشتكوا ببعض الام وضجر الا انهم لا يفزعون من
الخطر واجوبتهم تكون بطيئة غير مفرحة وقابلية تنبيه الحركات
الانعكاسية تكون متناقصة فانه فى كثير من الاحوال لا يحدث عندهم
تاثير الابخرة ولو حريفة سعالا ولا عطاسا ولا ترمش اجفانهم بتقريب اصبع
مثلا نحو الملتحمة ولا يحصل لهم ارتعاش عند رش الماء عليهم وليس من
المستغرب ان كثيرا من الاطباء فى الاوبئة الابتدائية من الهيضة لا يلتفت

الى الاصابة المعوية و يعتبرها منشأ لجميع اعراض هذا المرض و ينبوعا
اصليا لخطره حتى من كان منهم يعتبر السائل المعوى الشبيه بماء الارز علامة
واصفة لهذا المرض كان يرتب لمن يعالجه ويحافظ على صحته تدبيرا غذائيا
مضادا للاسهال بالكلية وكان يعالج كل اسهال بغاية الهمة والمداومة فان
كلا من تغير حالة المرضى السريعة جدا والاضطراب العظيم لاغلب الافعال
والوظايف العضوية وفقد النبض و ابرودة الشديدة وانقطاع البول
والصوت الهيضى والسحنة الهيضية وبقاء الثنيات الجلدية بعد رفعها
كما تقدم وكذا الامر المعلوم من دخول كثير من المرضى البيمارستانات
وهى على هذه المثابة ولم يحصل لها اسهال ولا قئ ولم يمكن الاستدلال على
حصول ذلك عندهم قبل دخولهم البيمارستانات ادى جميع ذلك الى
نظريات لاطايل تحتها فانه وان اعترف بان السم الهيضى يؤدى الى اصابة
مرضية فى القناة المعوية الا انه كان يزعم ان لهذا السم مع ذلك تاثيرا مضرا
جدا فى الدم والمجموع العصبى بل وفى جميع الاعضاء والمنسوجات تأثيرا
لاواسطيا بل يحتمل حصوله مع سلامة القناة الهضمية ثم ان الاحوال التى
ينضج فيها الدور الجليدى فى ظرف بعض ساعات لا تسمح بايضاح تعلق مجموع
اعراض الهيضة بالاصابة المعوية ايضاحا بينا بخلاف الاحوال التى فيها يظهر
الدور الجليدى من هذا المرض مع التدريج بعد بعض أيام فانه يستبان منها
ذلك مع الوضوح التام لكن من تماثل الصورة المرضية الانتهائية لا يشك فى
أن الاحوال التى تسير سيرا سريعا صاعقيا توجه بكيفية واحدة كالاحوال
البطيئة السير فان نتيجة النزلة المعوية والافراز المعوى الغزير الآتى من
الاوعية الشعرية المعوية وعوق امتصاص السوائل المزدردة هى تكاثف
الدم وفقره الحاد اى قلة احتوائه على الماء والاملاح ومادام التغير المرضى
قليل الشدة لا يكون له تأثير على الدورة وتوزيع الدم فى الجسم وانما يتزايد
العطش ويتناقص الافراز البولى لكن كما ان الحرق يكون فى الدرجة
الثانية قليل الخطر مادام قليل الامتداد أى قاصرا على اجزاء محدودة من
سطح الجسم يكون كثيرا اذا كان شاغلا لمحال ممتدة وكما انه لا يجوز نزع جميع
البشرة الواقية لجسم انسان بواسطة المنفطات فكذلك ينضم الى الاصابة

الهيضية الشديدة الممتدة فى المعا الظواهر المرضية الثقيلة المخوفة الواصفة للدور الجليدى فالفعل القلبى ينشل والدم الفاقد لمائه يجذب السوائل بكثرة من خلال جميع المنسوجات وبذلك تصير هذه المنسوجات جافة متناقصة الحجم ولذا يتحدب الانف وتهبط الوجنتان وتغور العينان فى الحجاجين ويتكرش جلد الانامل ويجف فتبقى ثنيات الجلد الجاف الفاقد لرطوبته بعد رفعها بل و بعض الانسكابات المرضية المتجمعة التى لم تمر فى امتصاصها الطرق العلاجية الى وقت اصابة المرضى بالهيضة كالانسكابات البليوراوية والمفصلية وغير ذلك تمتص وتزول عقب الاصابة بهذا المرض بل والطفحات الناشئة والقروح تجف فتصير على هيئة الجلد الجاف ومع تعاطى المرضى المشروبات بدون انقطاع يكون فقد الماء أكثر من تعويضه بحيث تفقد المرضى زيادة عن خمس وزنها فى بعض ساعات قلائل وكما ان امتصاص السوائل من خلال المنسوجات يوجه بسهولة بتكاثف الدم العظيم فكذلك يوجه به انقطاع باقى الافرازات الطبيعية كاللعاب والدموع والعرق والافراز البولى فان العنصر الضرورى لهذه الافرازات وهو الماء يفقد من الدم وزيادة على ذلك فان انقطاع الافراز البولى له سبب آخر وهو اضطراب الدورة ووقوفها وأما ضعف فعل القلب العظيم المتعلق به ضعف ضرباته وعدم وضوح الغاطه وصغر النبض أو انطفاؤه فى الشرايين الكبيرة بل والسباتية فيظهر انه ناشئ عن التأثير المضعف الذى تحدثه الاصابات المرضية الثقيلة الفجائية لاسيما اصابات اعضاء البطن السفلى على المجموع العصبى الغذائى وبالخصوص على اعصاب القلب ولقد شاهدت عدة مرات عقب تثقب القروح المعدية فقد النبض واللون السيانوزى والبرودة المرضية فى الاطراف بل انى شاهدت فى حالة سبق ذكرها من تثقب الاثنى عشرى تشخيص المرض بالهيضة الجافة فمثل هذه الاحوال الخالية عن مجرد الظن بوجود تسمم تثبت خطأ النظريات القائلة بان السم الهيضى له تأثير مشل لا واسطى على المجموع العصبى السمباتوى ومن جهة أخرى لا يبعد على العقل ان ركود الدم ووقوف جريانه فى الاوعية الشعرية القلبية يعين على شلل هذا العضو فاننا نعلم أن الدم لا يمكنه المرور فى الاوعية

الشعرية مع السهولة الا اذا كانت الكرات الدموية منعزلة عن بعضها بكمية كافيــة من السائل الدموى بين الخلايا وبعضها فالفقد المائى العظيم الذى يعــترى الدم فى الاحوال الثقيلة من الهيضة لابدوان يترتب عليــه عسر بل تعــذر فى الدورة الشعرية ومتى ركد الدم فى الاوعية الشعرية لجوهر القلب كان شلله غير التام نتيجة ضرورية لذلك تبعا للتجارب الفسيولوجية والمرضية وكذا اللون السيانوزى الذى يحصل فى الدور الجليدى من الهيضة مبنى على نفس هــذا السبب الذى ينبنى عليه ذلك أيضا فى اثناء سير هذا المرض أعنى عــدم انتظام توزيــع الدم فان الشرايين التى لاتقبــل دما من القلب تنقبض فتدفع مااحتوت عليه من هذا السائل فى الاوعية الشعرية والاوردة فتجمع الدم فى هذا القسم من المجموع الدورى ينتج عنه تلوّن سيانوزى عظيم جدّا وذلك لانه يكون كثير التركز والكرات الدموية الملونة تبعا لذلك ولانه يكون أيضا مكتسبا للحالة الوريدية واللون الداكن فى أعلادرجــة فان اريد فعــل فصــد فى اثناء دور الجليد كما كثر اجراء ذلك فى الاوبــة الاولى فى الهيضة بزغ من الوريد المنتفخ سلسول من دم كثيف داكن ثم لايخرج بعد ذلك شئ من الدم فينعقد هذا السلسول ويقف بحيث لايمكن استفراغ بعض نقط قليــلة من الدم الا بواسطة الدلك والعصر ثم عند عود الدورة ثانيا وانتظامها يزول اللون السيانوزى بسرعة ولولم يزل لون الدم فى هــذا الزمن داكنا كعصارة الوشنة ولقد اثبت فى رسالتى الصغيرة المؤلفة سنة ١٨٤٨ فى المعالجــة العرضــية فى الهيضة ان كلا من الاسفكسيا اى الاختناق والســيانوزلا يتعلق فقط بتــكاثف الدم بل معظمه متعلق بالتأثير الشللى الذى تحدثه الاصابة المعوية الممتدة على العصب العظيــم السمبتاوى ويؤيد ذلك زوال اللون السيانوزى بسرعة وانقطاع حصوله فى زمن لا يتصوّر فيه تعادل تــكاثف الدم بقبوله كمية كافيــة من الماء وبكل من شلل القلب وتــكاثف الدم النــاشئ عنــه ركوده وتراكمه فى الاوعية الشعرية الرئوية يوجه العرض الذى عسر على توجيهه ســنة ١٨٤٨ وهو الضجر وعسر التنفس الذى لا يكاد يفقد عــلى الدوام فى الدور الجليدى من الهيضــة فان تبادل الدم فى الاوعيــة الشعرية الرئوية امر ضرورى جدا بالنسبة للتنفس

كالتبادل الهوائى فى الخلايا الرئوية وحينئذ ينشأ عن ركود الدم ووقوف الدورة الدموية الاحتياج للهواء وضيق النفس مع الضجر كما ينشأ ذلك عن العوائق التى تحصل فى الشعب والخلايا الهوائية التى بها يحصل عوق الهواء فى الدخول والخروج وكون تنفس المصابين بالهيضة لا يتم جيدا ولو كانت حركات الصدر ممتدة ودخول الهواء فى الحويصلات الرئوية غير معاق قد ثبت بقلة احتواء الهواء الخارج بالتنفس عند المصابين بهذا المرض على حمض الكربون وبالجملة يسهل أيضا توجيه انقطاع الافراز البولى فى الدور الجليدى فى الهيضة وقلة افرازه فى احوال الهويضة والاسهال الهيضى فاننا نعلم أن كمية البول المنفرزة تتعلق بدرجة الضغط الجانبى الواقع على جدر التلافيف الوعائية للمحافظ الملبجية وقد أوضحنا فيما تقدم انه فى احوال امراض القلب والرئتين التى ينتج عنها قلة امتلاء البطين اليسارى والمجموع الشريانى لابد وان يتناقص هذا الافراز فلذا لا يستغرب انقطاعه فى الدور الجليدى المذكور الذى فيه يكاد فعل القلب يفقد والنبض لا يدرك ولو فى الشرايين العظيمة وأما تناقص الحرارة فى دائرة الجسم فيظهر أنه متعلق بتناقص تولد الحرارة من جهة ومن جهة أخرى بقلة ورود الدم الحار الى الجلد بسبب ضعف فعل القلب ثم ان الهيضة الاسفكسية ذات سير حاد جدا فان كثيرا من المرضى يهلك فى الست ساعات الاول او فى اثنتى عشر او اربع وعشرين ساعة ويندر أن يمتد دور الجليد زيادة عن يومين وكثيرا ما ينقطع الاسهال قبل حلول الموت ببعض ساعات وينبغى التوقى من اعتبار ذلك علامة جيدة فان هذا لا يحصل من انقطاع الافراز المعوى بل من شلل الطبقة العضلية للمعاء وبعكس ذلك المرضى الذين لا ينقطع اسهالهم بل يستمر زمنا طويلا يكون شفاؤهم اكثر من الذين ينقطع اسهالهم بغتة لكن لا يترتب على ذلك الحكم بان الافراز المعوى الغزير المستطيل له تاثير جيد فى سير هذا المرض أو أقله يكون خاليا عن الخطر فالاجود أن يعبر عن هذه الظاهرة بان طرو شلل المعاء فى الهيضة علامة من العلامات المخوفة جدا بخلاف استمرار الاسهال فانه يدل على عدم شلل المعاء ولذا كان اجود بالنسبة للحكم على عاقبة هذا المرض وهلاك

المرضى المصابين بالهيضة يشبه انطفاء الحياة التدريجى خصوصا وانه تفقد
فى حالة النزع الخرخرة القصبية التى تكاد تطرأ فى جميع الامراض قبل
الموت بقليل وفى الاحوال الجيدة يتناقص الاسهال بالتدريج والسوائل
المزدردة لا تنقذف من المعدة فى الحال ويعقب هذه الظواهر الابتدائية
التحسين الذى ينتقل المرض به الى حالة الجودة ظواهر يستدل منها على
امتصاص جزئى من السوائل المزدردة وبذلك يتعادل تكاثف الدم وتعود
الدورة الشعرية ويرجع النبض الى الشرايين السباتية اوّلا ثم الى الكعبرية
ويزول اللون السيانوزى ويعود امتلاء الجلد ويزول تغير السحنة وحينئذ
ينتقل هذا المرض من الدور الجليدى الى دور رد الفعل ولا تظهر فى هذا
الدور الاخير ظواهر مرضية مخصوصة فيكون اذ ذاك ابتداء النقاهة
وحينئذ يظهر بعد زوال ظواهر الاختناق اسهال تنقذف به كمية عظيمة من
مواد متلوّنة بالصفراء ذات رائحة برازية واضحة وفى اليوم الثانى أو الثالث
تخرج مواد ثفلية عجينية اومتشكلة او يحصل امساك وكل ذلك يدل على
تعويض الطبقة البشرية فيمكن حينئذ تشبيه هذه الاحوال بالتى فيها
يزول الالتهاب الجلدى السطحى الناتج عن وضع منفط عليه بعد تعويض
البشرة الجلدية فى قليل من الايام وكذا وقوف الدورة الشعرية الذى يحصل
فى الدور الجليدى من الهيضة لا يؤدى الى تغير مادى فى احد الاعضاء متى
كان دور رد الفعل مكونا لابتداء النقاهة وانما قد يكون البول الاولى الذى
يندفع من المريض زلاليا بسبب ركود الدم فى الاوردة والاوعية الشعرية
الكلوية الذى يسبق عود انتظام الدورة الشعرية ثانيا الى الحالة
الطبيعية وفى غير هذه الاحوال التى فيها لا تستعاض تعرية الغشاء المخاطى
بسرعة تامة يزول الاسهال الغزير فى دور رد الفعل الا انه يبقى عند المريض
اسهال خفيف تندفع به كمية من مواد مائعة كريهة الرائحة مخضرة
ويبقى النبض صغيرا وتبقى حرارة الاطراف منحطة ولم تزل المرضى فى حالة
خطر عظيم عقب ثوران الاصابة المعوية ثانيا لكن من النادر فى مثل هذه
الاحوال تردد ظهور دور الجليد مع فقد النبض وحصول اللون السيانوزى
والبرودة المرضية ويكثر جدا انتقال دور رد الفعل غير التام الى

مايسمى بالتيفويد الحيضى اعنى الحالة التيفوسية التى تعقب الهيضة كما انه يكثر جدا انتقال دور رد الفعل المذكور الى نقاهة بطيئة ولو بعد انقطاع الاسهال وهناك شكل مرضى آخر ينشأ بعد زوال الدور الجليدى وهو ان النبض لايعود فقط لحالته الطبيعية بل يصير زيادة عن ذلك ممتلئا قويا والحرارة التى كانت منخفضة ترتقى الى درجة عظيمة وتصير الوجنتان ذاتى لون محمر داكن وتحتقن العينان وتظهر اعراض احتقانية تواردية نحو الدماغ وغيره من الاعضاء وتوجيه ظواهر رد الفعل الشديدة هذه عسر ومن القريب للعقل عندى أنها تنشأ عن حالة الدم وصفاته غير الطبيعية التى لم تزل غير متعادلة وعن عوق الدورة الشعرية أيضا وكذلك ظواهر رد الفعل الثقيلة كثيرا ما تنتقل الى حالة تيفوسية فى بعض الاحوال أو الى نقاهة تامة فى غيرها وقد ثبت الآن القول بان الحرارة عند المصابين بالهيضة تكون متناقصة فى الظاهر أعنى فى دائرة الجسم فقط وفى الباطن متزايدة بواسطة التجارب المستجدة فان المعلم يوتر بوجت قد وصل بواسطة القياسات العديدة الاكيدة لحرارة جسم المصابين بالهيضة الى النتائج الآتية وهى أولا انه فى الدور الجليدى تنخفض حرارة الجزع والاجزاء المتصلة به كالرأس والاطراف انخفاضا اعظيما زيادة عن كل مرض ثانيا انه فى هذا الدور تكون حرارة التجاويف التى فى الجزع (أعنى تجويف المستقيم والمهبل) أعظم من باقى أجزاء الجسم وان حرارة هذه التجاويف التى يمكن القياس منها هى التى ينبنى عليها معرفة درجة حرارة الجسم العمومية ثالثا انه فى الدور المذكور تكون الحرارة الباطنية فى الجسم فى غالب الاحوال (سواء انتهت بالشفاء أو بالموت) متزايدة ومن النادر أن تكون طبيعية وأندر من ذلك جدا أنها تكون متناقصة بدون أن يمكن معرفة أسباب هذه الاختلافات من الظواهر المرضية مدة الحياة أو من الصفات التشريحية بعد الموت رابعا ان درجة الحرارة ترتقى فى دور الهيضة الجليدى عند القرب من الموت حتى يحصل وأما ارتقاؤها بعد طروه فيظهر أنه لا يحصل ومع ذلك توجد احوال فيها لايحدث النزع ارتقاء فى درجة الحرارة بدون معرفة سبب ذلك خامسا انه عند حلول رد الفعل البسيط لا يحصل ارتقاء فى درجة الحرارة

العمومية بل يحصل تناقص لطيف فى حرارة الاعضاء الباطنة بخلاف الاجزاء الظاهرة فان حرارتها تتزايد سادسا انه فى الاحوال التى فيها يكون ردالفعل بطيئا تنحط غالبا حرارة الجسم العمومية عن الحالة الطبيعية سابعا ان جميع الاصابات الالتهابية التابعية تحدث فى الغالب ارتقاء فى درجة حرارة الجسم ثامنا انه يشاهد فى أثناء النقاهة التامة ارتقاء فى درجة الحرارة زيادة عن الحالة الطبيعية بدون أن يوجد لذلك سبب مرضى

ونعنى بلفظ التيفويد الهيضى أو الحالة التيفوسية التابعية للهيضة الاصابات الثانوية التى تعقب غالبا النوبة الحقيقية للهيضة والامر المعلوم من ان هذه الاصابات التابعية تكاد تعقب على الدوام الهيضة الاختناقية ولا تعقب الاسهال الهيضى البتة و يندر جدا كونها تعقب الهويضة وانها لا تعقب كل نوبة هيضة اختناقية على الدوام يثبت منه انها ليست متعلقة بالتسمم الهيضى بدون واسطة بل ان حصولها ينبنى على التغيرات المرضية التى تحصل فى أثناء النوبة الهيضية ولاسيما الاختناقية وقد ذكرنا ما يشابه ذلك عند الكلام على التيفوس الذى فيه كثيرا ما تعقب الظواهر المرضية التسممية التيفوسية كذلك اصابات مرضية تابعية ناتجة عن التغيرات المرضية التيفوسية نفسها ومن الواضح أن ركود الدم المتكاثف فى الاوعية الشعرية وانقطاع التبادل العنصرى المرتبط بذلك له تأثير مضر جدا بالنسبة لتغذية الاعضاء واتمام وظائفها متى استمر هذا الركود الدموى الشعرى جملة ساعات أو يوما بتمامه أو زيادة عن ذلك ولقد ذكرنا فيما تقدم جملة اضطرابات غذائية التهابية يشاهد آثارها فى جثة الهالكين بالهيضة بعد مضى نوبة هذا المرض وهذا الاعتبار بالنسبة لمنشأ الاصابات التابعية فى الهيضة أعنى التيفويد الهيضى يطابق الحقائق المعلومة من ان هذه الاصابات التابعية يكثر حصولها كلما كان دور الجليد أكثر وضوحا واستمر زمنا طويلا وكون الاصابات الالتهابية التابعية تبقى على الحالة الكامنة ولا تتضح الا باعراض ضعفية شديدة أعنى ظواهر تيفوسية ظاهرة من الظواهر المخصوصة التى تشاهد فى الالتهابات غير التى نحن بصددها متى اعترت مرضى منهوكين من قبل

ولننبه على ان الالتهاب الرئوى مثلا المصيب للشيوخ المنهوكين كثيرا مايشخص بالحمى المعدية المخاطية بالالتهاب الشعبي العصبى الوبائى وبالتيفوس ونحوذلك عند ترك البحث بالعلامات الطبيعيه بسبب التشابه التام للصورة المرضيه وفقد الاعراض المحسوسة للمرضى من جهة الرئة المريضة

وقد دلتنى التجارب على ان الالتهاب الكلوى الحاد الليفى وانقطاع البول الناتج عن انسداد القنوات البولية المؤدى اليه هذا الالتهاب وان كان هو المرض التابعى للهيضة الاختناقية الكثير الحصول الا انه ليس هو السبب الوحيد فى الحالة التيفوسية الهيضية كمازعم ذلك بعضهم وان بقى انقطاع الافراز البولى مستمرا بعد زوال الظواهر الاختناقية من الهيضة أو كان البول المفرز بكمية قليلة محتويا على كمية عظيمة من الزلال أواسطوانات ليفية عديدة وطرأ قئ واشتكت المرضى بآلام شديدة فى الرأس ثم وقعت فيما بعد فى حالة كوما أو تشنج جاز تشخيص المرض بانه التهاب كاوى ليفى حاد أو تسمم بولى حاد وقد شوهد فى مثل هذه الاحوال تغطية الجلد بالبولينا المتبلورة

وكثير من المرضى من ينقذف منه بعد اليوم الاول أو الثانى من زوال الظواهر الهيضية الاختناقية كمية طبيعية من البول بل قد تكون هذه الكمية زيادة عن الحالة الطبيعية اذا كان المريض تعاطى كمية عظيمة من الماء وكذا يزول الزلال من البول بالكلية فيما بعد ومع ذلك فان المرضى تقع فى حالة ضعف عظيم وتضطرب حواسهم وادراكهم ويظهر عندهم هذيان بهدء ويصير اللسان جافا مغطى بقشور والنبض سريعا منزدوجا غالبا وترتفع الحرارة وتنزلق المرضى الى أسفل الفراش وهيآتهم الظاهرة تشبه بالكلية التيفوس الثقيل وهذه الاحوال ادت لاطلاق اسم التيفويد الهيضى عليها ويوجد غالبا مع مجموع الاعراض المذكورة اسهال تندفع به مواد كريهة الرائحة مختلطة بندف بشرية وهؤلاء المرضى الذين يكادون لا يستيقظون من خدرهم بواسطة النداء عليهم أو بتأثير بعض المهيجات تتقطب وجوههم وتتقلص عند الضغط القوى على بطونهم فتستيقظ ويوجد فى مثل

هذه الاحوال التهاب دفتيرى فى المعا يكون قد أعقب الالتهاب المعوى
النزلى الذى هو نوع من الالتهاب المعوى الخاص بالهيضة ومن الجائز ان
هذا الالتهاب الدفتيرى يكون ناشئا عن التهيج الذى يقع من مفصل المعاء
على سطحها الباطن العارى عن طبقته البشرية وأغلب المرضى الذين
يقعون فى هذه الحالة يهلكون منها عقب الانحطاط العظيم ثم ان حصل
عند المرضى بدلا عن الالتهاب الدفتيرى المعوى التهاب دفتيرى فى
أعضاء التناسل أو التهاب رئوى أو بلوراوى أو غيرهما من الالتهابات
التابعية للهيضة كانت الهيئة الظاهرة للمرضى غير مخالفة لما ذكرناه
كما أشرنا الى ذلك فيما تقدم فان الظواهر المرضية التيفوسية المتعلقة
بالحمى هى التى تتضح وأما الظواهر المرضية الموضعية المحسوسة للمريض
المتعلقة بالآفة الموضعية فانها تختفى أولا تظهر بالكلية وبالجملة
فقد لا يشاهد فى بعض الاحوال آفة موضعية مدة الحياة ولا فى الجثة
بعد الممات اليها تنسب الحمى المنهكة التى يهلك بها عدد عظيم من
الاشخاص بعد مضى النوبة الهيضية وقد جعل بعضهم أهمية مخصوصة
للطفح الذى لا يندر أن يشاهد فى أثناء التيفويد الهيضى ويكون تارة
نكتيا وتارة حليا وتارة ارتماويا بل زعم ان الطفح الهيضى مماثل للطفح
التيفوسى وان وجوده دليل على تماثل التيفويد الهيضى بالتيفوسى
أو قربه منه لكن الطفح الهيضى ليس عرضا دائم الوجود فى التيفويد
الهيضى فلا يكون مشخصا لهذه الحالة الاخيرة ولا دالا عليها وهو يظهر
تبعا لتجارب شامرار فى الاحوال التى فيها وضعت ضمادات خردلية مستمرة
على الاطراف أو التى دلكت الاطراف فيها بقوة فى أثناء الدور الجليدى
وهذا الطفح الذى يصيب الاطراف على الخصوص ويمتد كثيرا الى الجذع
يظهر لنا انه كغيره من الاحوال التابعية للهيضة اضطراب غذائى فى
الجلد ناشئ عن ركود الدورة وانقطاع التبادل العنصرى يساعد على
حصوله التهيجات الجلدية السابقة وبالجملة فقد تنبه فى العصر الاخير
على المبالغة فى الاهمية التشخيصية للطفح التيفوسى وانه فى كثير من
الامراض الحمية الاخرى تشاهد ايضا بقع وردية متفرقة وارتما

(المعالجة)

لانتعرض هنا الكلام تفصيلا على الوسائط الصحية العمومية والكرنتينية التى يتعشم منها فى منع انتشار الوباء الهيضى وانما نذكر مع الاختصار انه ثبت مع التأكيد فى أثناء الوباء الهيضى الذى تسلطن فى مدينة مكليمبورغ سنة ١٨٥٩ ان الوسائط الكرنتينية وقطع التواصل بين المحال المصابة والمصانة ذات تأثير واق بلاشك مع انها كانت قد اعتبرت عديمة النجاح تبعا للتجارب القديمة المفعولة فى أثناء الاوبئة الاولى من هذا المرض وأنه من المثبوت أيضا ان المصاب باسهال هيضى بسيط وغير مضر فى الظاهر يمكنه نقل السم الهيضى الى محل مصون عن هذا المرض الى حين مجيئه فيه ويكون سببا فى ظهور وباء مهلك كما ثبت ذلك فى الاوبئة الاخيرة بكيفية واضحة متعددة فيجب على كل محل يروم الوقاية من انتشار الوباء فيه قطع المواصلة بالكلية بينه وبين المحال الاخرى المنتشر فيها هذا الداء ومن المأمول وقوعه والجيد جدا اتباع النصائح الصحية العمومية بتجفيف أرض المدن وتنقيتها من المواد العفنة المتخللة بها بواسطة مجارى التجفيف وقنواتها وتحسين حالة المراحيض فبذلك يتعشم فى تنقيص استعدادها وتجنب زيادة انتشار أوبئة هذا المرض

وحيث ان تفصيل الكلام هنا على الوسائط الصحية العمومية التى ينبغى للاطباء طلب اجرائها من الحكومة المحلية فى البقاع المنتشر فيها هذا المرض انتشارا وبائيا يخرجنا عن المقصود فنقتصر على ذكر بعض وصايا مهمة وهى ان المراحيض وحفر السباخ ومجارى القاذورات الوسخة لما كانت تعين على تكون السم الهيضى بكمية عظيمة يجب ولابد الالتفات الكلى الى نظافتها وتبخيرها بالجواهر المضادة للتعفن ولا ينبغى صب الفضلات البرازية الهيضية فى المراحيض العمومية مطلقا وقد تيسر لاحد تلامذتنا وهو الطبيب ريش وقت تلمذته بمدرسة جريفس والد حين دعى لمداواة المصابين بالهيضة فى بلدة صغيرة تسمى تيربسى فى حدود مكليمبورغ تخفيف وبائه سنة ١٨٥٩ تخفيفا عظيما بالحاحه على الحكومة المحلية بتنظيف المراحيض ونزحها نزحا كليا وصب مقدار عظيم من محلول الزاج الاخضر فيها ووضع جزء من

هذا المحلول امام المنازل فى مواعين لسهولة اجراء ماذكر مع الملاحظة التامة لكن كون هذا المحلول المزيل للروائح الكريهة من المراحيض له خاصية افساد جرثومة الهيضة ومنع انتشارها غير ثابت ولا مقطوع به وكذا أوصت جمعية الاطباء بمدينة برلين المختصة بالامراض الوبائية بغمس الملابس وملاءات الفراش ونحوها فى الماء المغلى لاجل تنقيتها من جرثومة الهيضة وبتنقية المراحيض التى تكون خارجة عن المنازل بكلورور الكلس (بان يوضع على كل مائة جزء من المواد البرازية عشرة اجزاء من كلورور الكلس المحلول) ولاجل تنقية أوانى البراز ونحوها يؤخذ مخلوط مركب من جزئين من فوق منجانات الصودا على ٤٥ جزءا من كبريتات الحديد و ٥٣ من الماء ولاجل تنقية البيوت التى كان مقيما بها المصابون بالهيضة يستعمل غاز الكلورور وفى عصرنا هذا يعتبر حمض الكربوليك اي الفينيك الواسطة الاكيدة فى التنقية بالتبخير فان هذا الجوهر ليس له خاصية مضادة للتعفن فقط بل له ايضا تأثير قاتل للمواد النباتية الغطرية النامية وقد فضل ليبرت استعمال هذا الجوهر على حدته بدون اضافة جواهر أخرى اليه على جميع المركبات الموصى بها السابقة وهذا الجوهر وان كان ثمينا الا أنه يوثق بتأثيره دون أغلب باقى الوسائط المنقية الاخرى الخسة الثمن ورائحته وان كانت تستمر مدة الا أنه يعتاد عليها ويحتاج فى تنقية مجرور المرحاض العظيم مثلا من ٢٠٠ الي ٢٥٠ جراما منه محلولا فى ٣ أو ٤ لترات من الماء ويصب فى هذا المجرور كل يوم بواسطة نحو الرشاشة ولاجل تنقية احد المراحيض يستعمل كل يوم من ١٠٠ جرام الى ١٢٥ ولتنقية احدى القصارى من ٣٠ الى ٥٠ جراما وينبغى للاطباء الطلب من الحكومة بتعيين اماكن أو بيمارستانات أو لازرتات خاصة بالمصابين بالاسهال المشكوك فى طبيعته عند ورودهم من قطر منتشر فيه هذا المرض الى قطر سليم وأخرى للمصابين بالهيضة الثقيلة مع تعيين خدمة بقدر كاف كما ينبغى أيضا طلب تغذية الفقراء تغذية موافقة بتعيين مطابخ خاصة بذلك وكذلك ينبغى ايقاظ الاهالى مع الايضاح للخطر الذى هم عرضة له من الاهمال فى أى اسهال ولو بسيطا جدا وغير مؤلم وان أمكن ينبغى أيضا

الطالب منها بتعين اماكن خاصة لسكنى باقى العائلات التى اشتد انتشار الوباء الهيضى فى منازلها

وأما الوسائط الصحية الخصوصية الواقية فهى عبارة عن ايصاء الاطباء لمن يكونون متوطنين بمعالجته بالامور الآتية وهى الترحال من المدن المتسلطن فيها الوباء الهيضى سيما من المنازل التى اتضح فيها هذا الداء فانهم اذ ذاك يكونون عرضة للتسمم بالسم الهيضى ولاسيما من يكون عندهم مقدرة على الاسفار البعيدة وينبغى لمن أمر بذلك اوّلا المبادرة بالذهاب ثانيا التباعد ما أمكن ثالثا عدم الرجوع الى الاوطان قبل انطفاء الوباء بالكلية وأما المجبورون على المكث فى المحل المنتشر فيه الهيضة فينبغى لهم اجتناب استعمال المراحيض الاجنبية ومن المستغرب عدم وجود هذه الوصية الاخيرة المهمة فى ضمن النصائح القائل بالتمسك بها كل من المعلم جرسنجر وبيتنكوفر وونديرلش فى اثناء تسلطن وباء الهيضة وانى اذا تصادف لى كتابة نصائح طبية من هذا القبيل لابد وان اذكر فيها قبل التكلم على تنقية المراحيض بالتبخير انه لاينبغى الارتكان على نجاح التبخير بل يجتنب استعمال المراحيض المستعملة من آخرين ولو صار تنقيتها بالتبخير بالدقة فان كثيرا من اباء العائلات من له مقدرة ورغبة فى جلب كراسى بقصريات لكل فرد من العائلة على حدته وكذا ينبغى للطبيب الايصاء بالتمسك بالتدبير الغذائى الموافق بمعنى انه يامر بمنع تعاطى مايكون عسر الهضم سيما المطعومات والمشروبات التى تحدث الاستعداد للاسهال على العموم وعند بعض الافراد ولاينبغى تغيير نوع المعيشة فجأة بل بالتدريج ويسمح باستعمال بعض الاشربة كالنبيذ لاسيما الاحمر الجيد والبوزة التى بين بين لاحديثة التخمير ولاعتيقته ويجتنب الافراط فى أى نوع كان وينبغى للطبيب عدم الالتفات رأسا الى القول بعدم منفعة التمسك بالنصائح المذكورة والاعتراض بان كثيرا من المتمسكين بالتدبير الغذائى قد اصيبوا دون غيرهم ممن لم يتمسك وان تنبه الاشخاص الذين يقبلون النصيحة بانه لايعلم اى شخص مدة تسلطن هذا الوباء ان كان مصابا بالسم الهيضى المنتشر أم لا وان نوبة الهيضة المحتمل حصولها عند كل

انسان تصير ثقيلة للغاية متى اثر بسبب مضر فى القناة المعوية خلاف السم
الهيضى وبالجملة فمن الجيد جدا ايضا الطبيب كل شخص منوط بمعالجته
بالمبادرة الى ندب طبيب متى اصيب بأدنى اسهال ويتوجه الى فراشه
ويتعاطى بعض فناجين من القهوة أو منقوع اوراق النعناع الساخن مع
اضافة بعض النقط المضادة للهيضة الموصى باستعمالها فى مثل هذه الاحوال
الى حين حضوره فانه لاشك ان التعريق الغزير قد يكون احيانا سببا فى قطع
النوبة الهيضية واقل ماهنالك ان يشاهد فى كل وباء هيضى ان بعض
الاشخاص الذين حصل لهم اسهال شديد وحالة هبوط عظيمة وانقباض
عضلات سمانة الساقين بل وقئ متى استعمل معرقا قويا من منقوع فاتر
(كالقهوة ممزوجة بقليل من الروم) مثلا حصل لهم الشفا عقب ذلك بأن
يحصل عندهم عرق غزير ثم يزول كل من الاسهال الذى كان يندفع به موادلا
لون لها شبيهة بماء الارز والقئ ايضا وقد دلت التجارب على انه اذا صار انقطاع
العرق بسرعة لايندر حصول نوبة هيضة خفيفة فيكون حينئذ من الجيد
ملازمة المريض لفراشه حتى تكتسب المواد البرازية شكلها الاعتيادى وأما
النقط المضادة للهيضة المسماة فى كل عصر باسم احد الاطباء او الاجزاجية
المشهورين جدا فانها تشتمل على صبغة الافيون مع اضافة بعض صبغات
اثيرية غير ضرورية فى حد ذاتها بل منقصة لفعل الاولى واستعمال هذه
النقط بدون اذن الطبيب لامانع منه سيما وان الافيون اجود الوسائط فى
قطع الاسهال الهيضى خصوصا اذا كانت الاصابة حديثة واشهر هذه النقط
هى المسكوية وهى مركبة من صبغة الواليريانا الاثيرية ٨ جرام اعنى
درهمين نبيذ عرق الذهب ٤ جرام اى درهم صبغة الافيون الزعفرانية
من ١ الى ٢ زيت النعناع الفلفلى نقطه ٥ يمزج الجميع ويعطى منه
كل ساعة أو اثنتين من ٢٠ نقطة الى ٢٥ ثم ان هذا التركيب كان تلقاه
عنانا ردى الاجزاجى المشهور فى سنة ١٨٦٦ وسماه باسمنا اذ ذاك (نقط
سالم بدلا عن النقط المسكوية) وباع منه مالا يحصى من الزجاج المملوء
وقد شكرنى كثير ممن استعمله فى الاحوال الحديثة لما رأى فيه من عظيم
المنفعة وقد تأيد ذلك بالمشاهدة الشخصية أيضا

وكما انه لم يمكننا الحصول على النجاح بالمعالجة الواقية على الدوام فكذلك
لا يتيسر لنا اتمام ما تستدعيه دلالات المعالجة السببية والمرضية بعد ظهور
النوبة الهيضية فانه فى كل وباء من الهيضة وان أوصى بعض العوام بل
والاطباء فى انتهائه اعنى بعد مضى الصفة الخبيثة منه وشفائه بأدوية نوعية
ومدحوها مدحا زائدا لم يستمر هذا المدح فى الوباء التالى زيادة عن
الاسبوعين الاولين بل يضيع هباء فيترك ولذا تركت جميع الجواهر
الدوائية التى اعتبرها بعضهم نوعية أو سرية فى هذا المرض وصارت فى حيز
الاهمال وذلك كجذور السنبل والسكربوترى كاوراتس ونحو ذلك من الادوية
السرية كما وانه يبعد على العقل قطع النوبة الهيضية باستعمال كل من
الزئبق الحلو ونترات الفضة والسكينين والسكربوزوت ونحو ذلك والحقن تحت
الجلد بالسكينين والاتيرا واستنشاق هذا الجوهر الاخير فالذى ينبغى
الاعتناء به حينئذ فى هذا المرض اتمام ما تستدعيه دلالات المعالجة العرضية
وكلما التفتنا الى الظواهر المرضية الاصلية المتعلق بها باقى اعراض هذا
المرض وقاومناها بقوة كان النجاح أعظم وأتم ولقد عظم الخطاء فى الاوبية
السابقة الاول من هذا المرض بكون الاطباء جعلوا مطمح نظرهم اجراء
المعالجة العرضية الآتية وهى ارجاع الحرارة بواسطة الحمامات البخارية
أو باعطاء المرضى فى دور الجليد منقوعات فاترة لاجل الحصول على هذه
الغاية مع منعهم بالكلية من استعمال الماء العذب القراح البارد وبأنه
فى الهيضة الاختناقية كان يجتهد فى استفراغ الدم بنحو الفصد العام فان
انحطاط الحرارة بالنسبة للظواهر الناتجة عن السم الهيضى لا يظهر الا فيما
بعد والمنقوعات الحارة تسهل القىء عن الباردة خصوصا تعاطى الماء
بجرعات صغيرة وليس للفصد قدرة على زوال ضعف القلب وحركاته
المتعلق بها تجمع الدم فى المجموع الوريدى فالغاية الاولى من المعالجة
العرضية العقلية هى مضاربة الاصابة المعوية وبها يتم حينئذ ايقاف الحالة
النزلية المعوية الحادة جدا المصحوبة بافراز غزير مصلى آت من الاوعية
الشعرية للغشاء المخاطى المعوى فان هذا هو ينبوع جميع الاعراض والخطر
والغاية الثانية منها هى تعويض الفقد المائى (فانه لو أمكن احداث العرق

عند مريض مصاب بالهيضة الاسفكسية مع استمرار الارتشاح المعوى الغزير يحصل له ضرر عظيم جدا بواسطة ازدياد الفقد المائى) والغاية الثالثة هى الاهتمام بمنع حصول شلل القلب المهدد بالحصول والجوهر المستعمل فى الاصابات المعوية النزلية ويلتجئ اليه بكثرة فى مضاربة الاسهالات هو الافيون ولا نتعرض هنا لتوجيه تأثيره بان كان مع ابطائه لحركات المعاء هل يحدث تناقصا فى افراز الغشاء المخاطى المعوى وينقص الارتشاح الغزير الآتى من الاوعية الشعرية ام لا وعلى كل فاستعمال هذا الجوهر بكثرة فى الهيضة مبنى على نجاح تأثيره فى معالجة الاسهال ولذا يكاد اغلب الاطباء يلتجئون الى استعمال هذا الجوهر الدوائى فى جميع الاحوال الحديثة التى تعرض لهم ولو تحقق عندهم فى كثير من الاحوال عدم انقطاع الاسهال الهيضى بواسطته فما ذاك الا لكونه ثبت عندهم بواسطة التجارب منفعته فى الاسهال الهيضى ونحن نقصد هذه الطريقة ايضا ونتبعها فنستعمل كذلك الافيون فى الاسهال الهيضى قبل استعمال طريقة علاجية اخرى لكن ليس على حالة النقط المضادة للهيضة بل على شكل مسحوق دوفير او الصبغة الافيونية ممزوجة بصواغ مخروى بدون اضافة جواهر اثيرية اليه وهو الاجود فان كان المريض قد استعمل الافيون بمقادير متكررة (اعنى من ٠ـ٠٣ سنتجرام) الى ٠ـ٠٦ (اعنى من نصف قمحة الى قمحة) فى بعض ساعات وحصل عن ذلك تحسين فى حالة الاسهال كان الاجود المداومة على استعماله بمقادير صغيرة جدا الى ان يحصل اعتدال الطبيعة ويزول الافراز المعوى بالكلية واما ان استمر الاسهال ولو مع تكرار استعمال الافيون أو حصل فيه تثاقل وزاد انحطاط المريض وبرد جلده وزال تلون المواد البرازية بالكلية كان التمادى على استعماله غير جيد بخلاف الوضعيات الباردة على البطن مع سرعة التغيير واعطاء الزئبق الحلو بمقدار صغير كل ساعة اعنى ٠ـ٠٦ سنتجرام (اى قمحة) فقد تحصل منها على نجاح عظيم وطريقتى هذه التى ذكرتها فى رسالتى فى المعالجة العرضية للهيضة سنة ١٨٤٨ قد مدحها الشهير فيفر سنة ١٨٥٤ وذكر انها اجود الطرق عند ما نبط فى هذه السنة بتعليمات طبية لاطباء

بلاد

بلاد الباويرا عند قرب انتشار هذا المرض فى تلك البلاد واما استعمال نترات الفضة من الباطن بدلا عن الزئبق الحلو فلم يجد نفعا مع انى كنت اظن جودة تأثيره عقلا واما الغاية الثانية التى يقصد بها تعويض الفقد المائى الذى اعترى الدم بادخال الماء فاسهل ما يحصل عليه يكون باعطاء المريض قطعا صغيرة من الثلج فى أزمنة متقاربة من بعضها أو الجرع الغازية المبردة او ماء الصودا المبرد واما اعطاء كمية عظيمة من السوائل سيما المشروبات العطرية الفاترة فانها تنقذف بالقئ ثانيا ومهما كان فلابد وان مكابدة المصابين بالهيضة تناقصت تناقصا عظيما من منذ اعطائهم الماء البارد للشرب وابطال العادة بعدم استعمال المشروبات بالكلية أونهاية ماهنالك عدم استعمال المنقوعات الفاترة ولو مع مكابدة العطش الشديد ثم انه بزوال شلل القلب وانقطاع الافراز من الاوعية الشعرية المعوية ورجوع فعل الامتصاص المعدى المعوى تعود الدورة بسرعة الى حالتها الطبيعية بل ان فعل القلب الذى يكون ضعيفا جدا فى الدور الجليدى من الهيضة يعود الى قوته الطبيعية اوازيد منها بعد قليل من الساعات ولو لم تستعمل الوسائط العلاجية المنبهة لكن لا يستنتج من ذلك ان استعمال الوسائط المنبهة العلاجية (الذى كان يقتصر عليه فى الاوبية السابقة) ليس مهما فى معالجة الهيضة ولا لزوم له بل انه ضرورى جدا متى صغر النبض وحصل للمرضى هبوط واضح فتستعمل الجواهر الدوائية المنبهة زمنا فزمنا لاجل حفظ القلب من الوقوع فى الشلل التام الى حين انحطاط التغير المرضى الحاد للمعاء واجود المنبهات استعمالا هو نبيذ الشمبانيا المبرد بواسطة الجليد فانه مع تنبيهه للمجموع العصبى لا يؤثر تأثيرا مهيجا فى الغشاء المخاطى للمعدة والامعاء ولذا يفضل على غيره من الجواهر المنبهة سيما الزيوت العطرية وكربونات النوشادر وغيرها من الجواهر المنبهة والاوفق للفقراء فى الطب العملى استعمال الروم او العرقى مخففا بالماء واحيانا يكون من الجيد جدا استعمال قطع الجليد زمنا فزمنا ببعض فناجين من القهوة او الشاى او زهر الزيزفون او البابونج او النعناع مع روح النوشادر الينسونى او بعض نقط من صبغة المسك فهى وان حصل قيئها فى مثل هذه الاحوال

الا انه كثيرا ما يحصل فى اثناء تعاطيها او بعده خلا قوة فى النبض وارتفاع فى درجة حرارة سطح الجسم الظاهر واما زوال كل من القئ والاسهال مع استمرار الظواهر الاسفكسية فانه يدل على ان المرض فى هذه الحالة ناشئ عن شلل الطبقة العضلية المعوية لا عن انقطاع الافراز المعوى وحينئذ يلزم استعمال المعالجة المنبهة ورجوع كل من القئ والاسهال دليل على جودة تأثيرها واما الانقباضات العضلية المؤلمة ففيها ينجح الدلك بروح الخردل فان الدلك بما ذكر من الوسائط المسكنة الجيدة واما وضع اللبخ الخردلية الكثيرة الاستعمال فينبغى التحذير منه لما شاهدناه كثيرا من كونه ينشأ عنه التهابات شديدة جدا مؤلمة للغاية تستمر جملة أيام مدة النقاهة وذلك لامرين احدهما ان المرضى لا تشتكى بألم محرق ولو طال وضع اللبخ مهما طال ثانيهما ان أهل المريض لذهولهم وشدة اضطرابهم بما هو حاصل للمريض ربما تركوا هذه اللبخ موضوعة زيادة عن نصف يوم وكذا يستعمل فى مضاربة هذا العرض الدلك بالكلوروفورم او الحقن بالمرفين تحت الجلد ان احتيج لذلك والاطراف الباردة تلف بملآت مسخنة وتحاط بزجاجات ممتلئة بالماء الساخن او انها تدلك بالجليد لاجل تحريض رد الفعل وزيادة عن ذلك فقد استعمل الحقن بالماء فى الاوردة لاجل مضاربة تكاثف الدم بل نقل الدم فى الاحوال الضعيفة جدا وهذه الوسائط وان حصل منها نجاح عظيم فى بعض الاحوال الميئوس منها الا انها لم تنقص عدد الهالكين بالهيضة على العموم ومن المعلوم انه لا ينبغى اعطاء المرضى اغذية حال اصابتهم بالنوبة الهيضية وكذا يحترس فى اعطاء ذلك بعد زوال النوبة وحصول رد الفعل بحيث لا يسمح لهم الا بقليل من اللبن المخفف او الامراق لاجل صون الغشاء المخاطى المعوى المريض (العارى عن البشرة) من التهيج فلا يعطى لهم اغذية صلبة مقوية الا بعد ظهور تبرز عجينى او متشكل وعدم التمسك بمثل هذه الاحتراسات كثيرا ما ينتج عنه خطر عظيم

واما معالجة دور رد الفعل لا سيما معالجة العوارض التابعية للهيضة المعبر عنها بالتيفويد الهيضى فلا يمكن ربط طرق عامة لها فان الطريقة العلاجية فى كل حالة تنبنى على معرفة الظواهر المرضية والعادة القديمة من استعمال

الفصد العام لاجل مقاومة ظواهر رد الفعل الشديد قد رفضت الآن بالكلية وعند وجود اعراض الاحتقان التوارد نحو الدماغ ينبغى وضع مكمدات جليدية على الرأس مع ارسال العلق خلف الاذنين ومع ذلك ينبغى الاحتراس من اختلاط الاستسقاء الدماغى الكاذب الذى كثيرا مايعقب نوبة الهيضة عند الاطفال بالاحتقان الدماغى والاوذيما الدماغية وان كانت الظواهر المرضية الثقيلة الواصفة للتيفويد الهيضى متعلقة بالتسمم البولى وجب ايضا استعمال المعالجة السابقة ولو قل منها عشم النجاح وان اعقبت نوبة الهيضة بحمى ضعفية مصحوبة بظواهر تيفوسية مع انتفاخ البطن وتألمه وحصل اسهال من مواد مايعة متلونة كريهة الرائحة زمنا فزمنا وجب تغطية البطن بضمادات فاترة مع اعطاء المريض مقادير صغيرة من الزئبق الحلو مع الافيون وكذا ينبغى ملاحظة الالتهابات التى تظهر فى الاعضاء المختلفة عقب زوال النوبة الهيضية ومعالجتها مع مراعاة حالة ضعف قوى المريض

(البحث السابع عشر فى الدوسنطاريا)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغير الالتهابى للمعا الغليظ المعبر عنه بالدوسنطاريا يظهر اما على صفة مرض وبائى او وطنى أو على الحالة الافرادية فاما الدوسنطاريا الوبائية الوطنية فينبغى اعتبارها مرضا تسمميا وتتميز عن التيفوس وغيره من الامراض التسممية الانتشارية بكون التسمم بالسم الدوسنطارى لايحدث تغيرات تشريحية مدركة الا فى القناة المعوية والتغيرات التى تحصل فى غير هذا العضو من الاعضاء والدم فى اثناء سير هذا المرض والحمى التى تصطحبه تكون ظواهر ثانوية متعلقة بالاصابة المعوية وحينئذ فالدوسنطاريا تقرب بالكلية من الهيضة التى فيها تبعا لرأى (غماير) يحدث التسمم ابتداء اصابة مرضية واضحة فى الغشاء المخاطى المعوى ثم تغيرات تابعة لذلك فى الدم والدورة وحالة تغذية الاعضاء المختلفة ومن المعلوم ان الاصابة المعوية فى الدوسنطاريا خلاف مايحصل فى الهيضة وتبعا لذلك يكون تأثير الدوسنطاريا على الدم مخالفا لتأثير الهيضة

والسم الدوسنطارى وان كان لا يمكن اثبات كونه جوهراً آلياحيا ثباتا لا واسطيا كما ذكرناه فى اغلب الامراض التسممية لكن الادلة التى ذكرناها مرارا عند الكلام على التيفوس والهيضة تلجئنا لاعتبار الدوسنطاريا مرضا تسمميا ناشئا عن تسمم الجسم بجسيمات نباتية دنيئة مخصوصة ولذا يجوز تسميتها بالجرثومة الدوسنطارية كما تكلمنا على الجرثومة التيفوسية والهيضية وأما بالنسبة للاخبطة الفطرية والميكركوسن التى شاهدها كثيرون من المؤلفين فى الغشاء المخاطى المريض فمن المشكوك فيه ان لها اهمية سببية رئيسة فى هذا المرض

والدوسنطاريا الوبائية تنشأ عن الميازما ولو لم يكن ذلك على الدوام كما سيأتى وبعبارة أخرى جرثومة الدوسنطاريا تتكون خارج الجسم الانسانى وتصل اليه اما بواسطة الهواء المستنشق أو بالماء المشروب والشروط المساعدة على نجاح الجرثومة الدوسنطارية وتكاثرها التى أهمها ارتفاع الحرارة ودرجة مخصوصة من الرطوبة الجوية توجد فى المناطق الحارة جدا والتحت الحارة ففيها تتسلطن الدوسنطاريا فى بقاع متسعة تسلطنا وطنيا وهى والحميات لاجامية المختلفة تكون فيها الاصابات المرضية المتسلطنة (ولا يخفى ان بقاعا ممتدة من الاقطار السودانية والمصرية وغيرها من البلاد المشرقية من هذا القبيل) وفى اوربا تبعا الابحاث هرش المعول عليها لا توجد لامور المساعدة على نجاح الجرثومة الدوسنطارية بكيفية تامة مستمرة الا فى الامتدادات الجنوبية لمتصل اوروبا والجزائر المتعلقة بها حتى ان المرض يشاهد فيها متسلطنا تسلطنا وطنيا بل وفى جميع اوربا نفسها قد تتسلطن فى اخر الصيف الشروط المعينة على نجاح وتكاثر الجرثومة الدوسنطارية الوطنية فتظهر فيها ظهورا وبائيا لكن الامر المعلوم من ان الدوسنطاريا لا تتسلطن تسلطنا وطنيا او وبائيا فى الاقطار التى توجد فيها حرارة مرتفعة ورطوبة عظيمة وجودا وقتيا او مستمرا يلجئنا للقول بان هذه الشروط ليست هى الوحيدة المتعلق بها نجاح الجرثومة الدوسنطارية وبعبارة اخرى ان الجرثومة الدوسنطارية لا توجد على الدوام فى البقاع الموجود فيها الشروط المعينة على نجاحها وتسلطن الدوسنطاريا على الحالة الوبائية

اوالوطنية مع الحميات الاجامية فى آن واحد وان كان كثيرا جدا تبعا لابحاث هرش المتجددة لا ان ذلك ليس دائما فان الدوسنطاريا قد توجد فى اقاليم لا توجد فيها الشروط المساعدة على تكون السم الاجامى والدوسنطاريا توجد بكثرة فى الاودية اكثر من المدن العظيمة

وقد عد من اسباب الدوسنطاريا أيضا تأثير البرد وابتلال الجسم والمشاق العظيمة وتعاطى الاثمار الفجة ومكث المواد الثفلية زمنا طويلا فى المعاء ونحو ذلك ولا ينكر ان الاشخاص الذين يتعرضون لمثل تلك المؤثرات المضرة يصابون بالدوسنطاريا اكثر من غيرهم ومع ذلك فالتسمم بالسم النوعى هو السبب الوحيد الرئيس للدوسنطاريا الوبائية فتأثير تلك الاسباب المضرة لا يعتبر بالنسبة للدوسنطاريا الاميهيئا ومعينا على سهولة تأثير السبب الاصلى لهذا المرض

وزيادة عن المنشأ الميازمى للدوسنطاريا الوبائية لابد وان يكون لهذا المرض خاصية معدية ولو كانت غير واضحة على الدوام ويشترط لها بعض امور فانه مما لا يندر مشاهدته ان قاعات المرضى الموجود بها اشخاص مصابة بالدوسنطاريا يصاب فيها اشخاص اخرى ولاسيما التى اسرتها بجوار اسرة المرضى المصابة بهذا المرض ومع ذلك يظهر من القريب للعقل ان سبب العدوى بالدوسنطارية كما يحصل فى التيفوس والهيضة من الفضلات الخارجة من المرضى او آوانى تلك الفضلات او القطع الاسفنجية او افخام الحقن او اغطية الفراش التى تلوثت بتلك المواد الفضلية ونحو ذلك لا من نفس المرضى

والدوسنطاريا لا تحصل على الدوام بتأثير الميازما او الاصل المعدى بل ان الاسباب التى ذكرنا انها فى الدوسنطاريا الميازماتية تعتبر امورا مساعدة على ظهورها قد تكون فى بعض الاحوال هى المحدثة لهذا المرض فى حد ذاتها لاسيما متى أثرت بالاجتماع مع بعضها فى آن واحد كتأثير الحرارة الشديدة والتباعد عن التدبير الغذائى الصحى وتعاطى الاثمار الفجة وتهيج المعى بواسطة المواد الثفلية المتراكمة فيه او تأثير البرد على البطن وبالجملة فلا يندر ان تشاهد الدوسنطاريا كمرض تابعى لامراض اخرى

كالامراض التسممية الثقيلة والتيفوس والحيضة والحميات الطفحية وداء بريكت مع فساد البولينا وتكون نوشادرى فى المعاء ونحو ذلك والدوسنطاريا تشاهد فى النوعين وجميع اطوار الحياة على حد سوا بل عند الاطفال الحديثى السن ويكثر اصابة الضعفاء البنية بهذا المرض ولذا انه متى تسلطن فى مارستان اوفى قاعة من قاعاته يكون خطره من دوجا والاصابة بالدوسنطاريا لاتزيل الاستعداد للاصابة بها مرة ثانية

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية فى الغشاء المخاطى المعوى التى توجد فى الدوسنطاريا تكاد تكون قاصرة على المعاء الغليظ وقد تكون ممتدة الى الجزء السفلى من اللفايف وعلى حسب درجة هذا المرض والدور الذى حصل قبل الموت تظهر هذه التغيرات اختلافات عديدة فبالنسبة لدرجة هذا المرض فالعادة ان يميزله شكلان شكل نزلى وشكل دفتيرى كما جرى على ذلك روكيتانسكى لكن ننبه على ان هذين الشكلين لا يكونان متميزين عن بعضهما بالكلية فان هناك احوالا مرضية عديدة يوجد فيها اشكال متعددة بين هذين الشكلين

فاما الشكل النزلى او المصل القيحى المطابق للدوسنطاريا الحميدة فيتصف باحتقان عظيم فى الغشاء المخاطى والمنسوج الخلوى اسفل منه مع بقع اواشرطة محمرة داكنة اونزيفية ويعقب ذلك فيما بعد انتفاخ عظيم اوذيماوى وبروز فى كلا هذين المنسوجين بل تشترك معهما فى ذلك الطبقة العضلية ايضا ومتى وصل هذا الشكل الى ارقى درجة حصل ارتشاح غزير فى الغشاء المخاطى باخلية قيحية بحيث ان جوهره يعتريه لين وتنفصل منه جزيئات صغيرة اوعظيمة وحينئذ تتعرى الطبقة العضلية اوالخلوية الكائنة اسفل منها وفى العادة يوجد بين هذه الاجزاء المتقرحة المتمسكة بعض اجزاء فيها لا يكون التغير الالتهابى كثير الشدة بحيث ان الغشاء المخاطى الذى لم يعتره اللين يبقى محفوظا على شكل جزائر بمعنى اجزاء سليمة بينها وكذا الاجربة الغددية تشترك معها فى الالتهاب واحيانا تكون اصابتها واضحة جدا بحيث انها تنفصل بالتقيح من المنسوج المحيط بها وتنقذف وحينئذ

يشاهد فى اصغار متعددة انبعاجات صغيرة كحب الشهدانج او فتحات
مستديرة متقرحة تمتد تحت المنسوج الخلوى الى الغشاء المخاطى (وهذا
ما يسمى بالقروح الجرابية) وان امتد التقيح الى المنسوج الخلوى تحت
الغشاء المخاطى تعرى هذا الغشاء من محل الفتحات المتقرحة فى امتداد
عظيم وينفصل عما تحته بحيث متى وضع المسبر اسفل تلك الطبقة امكن نفوذه
من فتحة الى اخرى وبذلك يتهتك الغشاء المخاطى ويتنكرز وحينئذ تستحيل
الفتحات المتقرحة الصغيرة العديدة الى سطح متقرح متسع باختلاطها
بعضها ومن النادر ان يمتد التقرح الجرابى من خلال الطبقة العضلية
الى الطبقة المصلية فيكون سببا فى التثقب المعوى والمجلس الرئيس لهذا
الشكل من التقرح الجرابى المصفاوى هو المعاء الغليظ النازل ولاسيما
المستقيم وشفاء كل من تقرح الغشاء المخاطى المعوى الممتد والتقرح الجرابى
العظيم عسر جدا واما ان كان التقرح غير ممتد وقاصرا على اجزاء قليلة فمن
الجائز التئامه وشفاؤه

واما الشكل الثقيل من الدوسنطاريا فهو الذى فيه لا يكون الغشاء المخاطى
مرتشحا بمواد مصلية قيحية بل يظهر مكونا من مواد دموية وليفية منعقدة
ومنتفخا انتفاخا عظيما وهذا التغير المرضى يصيب بالاكثر الثنيات
المستعرضة البارزة الفاصلة للمسافات الغائرة الكائنة بينها فتكون جميع
الاجزاء البارزة من الغشاء المخاطى حينئذ ذات لون سنجابى وسخ ولونها
متغيرا فكانما مست الاجزاء المرتفعة من الغشاء المخاطى بجوهر كاوى مر
عليها بسرعة والاجزاء الغائرة من الغشاء المخاطى التى بقيت سليمة تختلف
حينئذ عن الاجزاء البارزة المنتفخة المتغيرة اللون وحينئذ تكتسب هيئة
الغشاء المخاطى هيئة مشابهة لرسم خريطة الجبال على الورق وهذه الحوايات
تكتسب بارتشاحها بالصفراء لونا سمرا او مخضرا أو ان الدم المتخلل بها
يكسبها لونا سمرا أو اسودا والارتشاح الدفتيرى يختلف شدة وامتدادا على
حسب الاحوال فقد يكون قاصرا على سطح الغشاء المخاطى او غائرا فى
جوهره وقد يكون قاصرا على بعض اصقار محدودة من هذا الغشاء او ممتدا
على جميع الغشاء المخاطى للمعاء الغليظ وفى العادة تكون الاصابة الموضعية

متصفة بالكيفية الآتية وهى ان التغيرات تأخذ فى التناقص بالنسبة لشدتها وامتدادها من اسفل الى اعلى بحيث تكون قليلة الوضوح فى الجزء السفلى من اللفائف وكثيرة الوضوح جدا فى المحال التى تتراكم فيها المواد الثفلية بسهولة أعنى فى الاعور وفى محل تقوس القولون اعنى الانحناء الكبدى أو الطحالى أو الحرقفى بخلاف باقى الاجزاء من القولون فانها لا تظهر الا تغيرات دوسنطارية نزلية ثم يحصل فيما بعد تنكرز فى الاجزاء المرتشحة فتتكون قروح كثيرا ما يوجد فى قاعها طبقة دفتيرية وقد يمتد التهتك فى الاحوال الاستثنائية الى جميع سمك المعاء بحيث يحصل فيه التثقب وفى بعض الاحوال قد يقتصر التغير الدفتيرى على الاجزاء البارزة من الاجربة المنتفخة وحينئذ يكتسب هذا التغير الدفتيرى الجزئى شكلا مشابها لما شرحناه فى الشكل النزلى الجرابى وفى الدرجات الشديدة لهذا المرض قد يؤدى التغير الدفتيرى لموت سريع فى الغشاء المخاطى المعوى بحيث ينفصل على هيئة اهداب عظيمة مسودة كثيرا ما تبقى معلقة بجدار المعاء زمنا طويلا (وهذا ما يسمى بالدوسنطاريا الغنغرينية) والطبقة الظاهرة العضلية من جزء المعاء المصاب بالدوسنطاريا يظهر فى الاحوال الشديدة من هذا المرض فى درجة احتقان متفاوت الشدة او مغطى بنضح التهابى ليفى أو قيحى والغدد المعوية القريبة من جزء المعاء المريض تكون فى حالة احتقان متفاوت الدرجة منتفخة مسترخية ويندر ان يوجد فيها خراجات او بورات متنكرزة وكل من المعدة والجزء العلوى من المعاء قد لا يظهر فيه تغيرات وظواهر نزلية خفيفة فقط ويكون الكبد فى حالة احتقان واما فى احوال الدوسنطاريا الخبيثة فى البلاد الحارة ويندر فى بعض الاحوال الثقيلة فى اوربا فانه يكون محلسا لالتهابات تقيحية توجه بسهولة بكون الاوردة المعوية توصل الى هذا العضو من الجزء المعوى المريض سدادا سيارة قيحية (ولذا كثيرا ما يشاهد فى قطرنا هذا خراج الكبد عقب الدوسنطاريا ويكون بنوعه سدديا) والطحال يظهر غالبا صغير الحجم وفى الاحوال التى تمتد جدا من هذا المرض يحصل احيانا فى الكليتين التهابات جوهرية اوتقيحات انتقالية فى المنسوج الخلوى تحت الجلد او الغدد النكفية او التامور او البلورا

فان لم يطرأ الموت والمرض فى شدة درجته فاما ان ينطفى هذا التغير المرضى الدفتيرى او يخلفه التهاب مزمن تقرحى (وهذا ما يسمى بالدوسنطاريا المزمنة) وكثيرا ما يهلك منه عدد عظيم من المرضى ففى الحالة الاولى تقرب حوافى فقد الجوهر من بعضها بواسطة تولد جوهر ندبى يتكون فى قاع القرحة ويجذب حوافيها لبعضها وحينئذ تطرأ حالة كالتى تحصل عند شفاء القروح المعدية وذلك اما ان يحصل تضايق معوى او يبقى قطر المعاء على حالته وان كان فقد الجوهر عظيما جدا وجد المعاء من الباطن فى اصفار ممتدة من سطحه الباطن غير مغطى بغشاء مخاطى بل بجوهر ندبى بجمنتى وهذا الجوهر يكون على حسب قول روكتنسكى شبه الجمة او اشرطة ليفية تبرز فى باطن المعاء على هيئة حواجز وتتصالب مع بعضها اجملة مرار ولاسيما قد تكون صمامات او ثنيات حلقية بارزة فى باطن المعاء وبذلك يحصل فى السطح الباطن من المعاء الغليظ تضايق مخصوص واما فى الحالة الثانية التى فيها يكتسب هذا المرض سيرا مزمنا ولا يكون له ميل للشفاء يستحيل فقد الجوهر الى قروح متهتكة او انه يظهر زيادة عن ذلك فى باطن المعاء نفس التغيرات التى شرحناها بلفظ التقرحات الجرابية بمعنى انه يتكون فى الغشاء المخاطى المتكاثف البجمنتى قروح مستديرة فى الابتداء ثم تتعرى فيما بعد وقد يظهر فى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى خراجات او قروح ناصورية فتنثقب الطبقة العضلية فيما بعد وتؤدى اما لالتهاب بريتونى او لتكون خراجات فى محيط المستقيم

﴿الاعراض والسير﴾

الهجوم الحقيقى لهذا المرض قد يسبق احيانا ببعض ايام بظواهر سابقة وهى عبارة عن اضطراب غير محدود فى حالة الصحة العامة مع عدم انتظام فى الهضم سيما فقد الشهية والعطش ومغص خفيف وميل للاسهال ويندر ان يكون هذا المرض مبتدئا بنوبة قشعريرة قوية بل ولا خفيفة ولا غيرها من الظواهر الحمية بل فى الغالب تبتدى الدوسنطاريا باسهال خفيف فى الظاهر تنقذف به مواد ثفلية غير متغيرة اللون ويسبق ذلك بآلام مغصية خفيفة تصطحب هذه الآلام بزحير خفيف غير مدرك لكن كاما

تكرر الاسهال اشتد المغص وصار مستمرا (وهذا هو المعبر عنه بالمغص البطنى) وهذا المغص قبل كل تبرز يرتقى الى درجة غير مطاقة قبل حصوله بقليل والتبرز نفسه يكون مصحوبا بآلام ضاغطة غير مطاقة فى المستقيم (وهو الزحير) وينضم لذلك غالبا زحير بولى ثم انه لا ينقذف ولو مع وجود هذا الزحير والحرق المؤلمين الا كمية قليلة من مواد غير ثفلية بل مخاطية سنجابية اللون (وهى الدوسنطاريا البيضاء) او مخاطية مدممة (وهى الدوسنطاريا الحمراء) وقد ينقذف فى بعض الاحوال زمنا فزمنا مع المواد المخاطية فقط أو المخاطية المدممة مواد ثفلية كرية صلبة والتكرر السريع للتبرز الذى يكون مكونا تارة من مواد مخاطية نقية مع قليل من الاخلية المستديرة والاهداب البشرية (وهو التبرز المخاطى) وتارة من مواد صديدية زلالية مع كثير من الجسيمات القيحية (وهو التبرز القيحى) ويكون مختلطا تارة بقليل من الدم وتارة بكثير منه جدا حتى يكاد يكون دمويا بالكلية بدون اختلاطه بمواد ثفلية بالكلية هو العلامة الرئيسة للدوسنطاريا وأما الحبيبات المخاطية الشبيهة بحبيبات الساجو أو بيض الضفادع التى توجد احيانا فى البراز الدوسنطارى واعتبرت متحصلا آتيا من اجربة متمزقة وعلامة واصفة دالة حينئذ على الدوسنطاريا الجرابية فانها تتكون بالكيفية الآتية وذلك ان المواد المخاطية المنفرزة بانضغاطها تدخل فى التجاويف الصغيرة التى حلت محل الاجربة المتقذفة ثم تخرج منها وتندفع مع متحصل المعاء ثم ان المريض يحس براحة عقب التبرز حالا فلا يحس بالآلام الا اذا ضغط على البطن بقوة سيما على قسم القولون العظيم لكن عما قليل من الدقائق تعود آلام البطن ثانيا وبترددها يتكرر الزحير ايضا ولا يستفرغ ثانيا الا كمية قليلة من مواد دوسنطارية عديمة الرائحة ومن الجائز ان يتكرر ذلك من ٢٠ الى ٣٠ مرة فى ٢٤ ساعة وفى اثناء سير هذا المرض تطرا عادة ظواهر حمية ولو لم تكن موجودة من الابتداء وعندما تكون شدة الاصابة المعوية متوسطة تكون الحمى متوسطة الدرجة أيضا وأما فى احوال الدوسنطاريا الشديدة المؤلمة المسماة أيضا بالدوسنطاريا الالتهابية يمكن ان ترتقى درجة الحمى ارتقاء

عظيما حتى تصل الى درجة ٤٠ بل وفى الدرجات الخفيفة من الدوسنطاريا
ذات الحمى الخفيفة تقع المرضى فى ضعف عظيم بسبب فقد المواد الزلالية
والآلام وفقد النوم مع قلة تعاطى المواد الغذائية وتصير هيئتها باهتة
والنبض الذى كان ابتداء ممتلئا يصير صغيرا وتتغير اخلاق المرضى وتنحط
قواهم بالكلية وأما فى الاحوال الثقيلة الدرجة من الدوسنطاريا فان التبرز
يتكرر فى مسافات قليلة ويكاد المغص لاينحط بالكلية بل ويرتقى زمنا فزمنا
الى درجة غير مطاقة والبطن الذى لا يكون منتفخا عادة ولا متغيرا فى شكله
يكون شديد الحساسية فى بعض الاصقاع الموازية لسير القولون ولو باقل ضغط
وفى كثير من الاحوال يمكن العثور بالجس على القولون المنتفخ الكثير
المقاومة وكذا الزحير يكون مستمرا وكثير الالم عما فى الدرجة الخفيفة هذا
المرض والمواد البرازية تحتوى على كثير من دم وندف واهداب من مواد
مخاطية وفى كثير من الاحوال ينقذف دم نقى بكمية عظيمة جدا والنبض
فى الايام الاول يكون سريعا ممتلئا وسرعته تصل عند تقدم السير الى درجة
عظيمة جدا وأما امتلاؤه فيتناقص بسرعة و ينضم لذلك اضطراب عمومى
عظيم مع فقد تام فى الشهية وجفاف فى اللسان وانحطاط عظيم فى القوى

ثم ان كان سير هذا المرض جيدا تتناقص مكابدات المرضى تدريجا بعد ٦ ايام
أو ٨ والفترات بين نوب التبرز تصير أكثر طولا والمواد البرازية تكتسب
ثانيا لونا اسمر اورائحة ثفلية والمواد البشرية والصديدية المختلطة بها وكذا
الدموية تتناقص ايضا ويرتفع النبض ويترطب اللسان ومع ذلك فالنقاهة من
هذا المرض تكون طويلة جدا فانه يمضى على المرضى ولو فى الاحوال الجيدة
جملة اسابيع حتى تعود الى قواها وأما اذا كان انتهاء المرض محزنا فان النبض
يصير أكثر صغرا والانحطاط يزداد والتشكى بالآلام والزحير ينقطع والمواد
البرازية تسيل بدون ارادة والمريض يهلك كما فى غير هذا المرض من
الامراض المنهكة بظواهر ضعف القلب المتزايد شيئا فشيئا واما ان
انتقل هذا المرض من الشكل الحاد الى الشكل المزمن وهو امر كثير الوقوع
فى اغلب احوال الدوسنطاريا الثقيلة فان الحالة العامة للمريض تحسن
والمواد البرازية تصير ثفلية لكنها توجد زمنا فزمنا مختلطة بقيح أو دم

والآلام المغصية لا تزول بالكلية والمرضى لا تعود لهما قواها بل ان كلا من النحافة وضعف القوى يزداد وتطرأ ظواهر استسقائية والمرضى تهلك فى حالة النهوكة او قبل تمامها بطروا امراض اخرى كالالتهاب الكلوى التابعى او الرئوى او البريتونى التقيحى او الكبدى السددى وفى الاحوال الحميدة يمكن ان تنتهى الدوسنطاريا بالشفاء ومع ذلك فان المرضى فى مثل هذه الاحوال تكون عرضة لخطر جديد فمثلا ان شفى تقرح الغشاء المخاطى المعوى واخلفه تضايق ندبى اعقب الدوسنطاريا المزمنة وشفاءها تضايق معوى واضح جدا فالمرضى يعتريهم طول عمرهم امساك اعتيادى او عرض من اعراض تضايق المعاء وانسداده كما شرحنا ذلك فى محله فانه عند البحث بالدقة على الامور السببية عند وجود مرض معوى مزمن مستعص كثيرا ما نرى ان ذلك تخلف عن دوسنطاريا ثقيلة شفيت من منذ سنين

وفى الشكل الدفتيرى من الدوسنطاريا المسماة بالعفنة وبالصديدية تكتسب المواد البرازية بعد الصفة التى ذكرناها فيما تقدم لونا متغيرا احمر مسمرا او مسودا ورائحة رمية شيئا فشيئا فيوجد احيانا مع بقايا الغشاء المخاطى المتنكرز اهداب مسودة غنغرينية من الغشاء المخاطى والنبض يصير بسرعة صغيرا متواترا جدا وسطح الجسم سيما الاطراف يصير باردا وسيانوزيا احيانا وينطفى الصوت ولا يندر ان ينضم لذلك انقباضات عضلية مؤلمة وضجر عظيم ويقل افراز البول والبراز يخرج من الاست المنشل بدون ارادة ويطرأ الموت فى الاسبوع الثانى مع انطفاء النبض وظهور عرق بارد وهذه الاشكال الثقيلة من الدوسنطاريا لا تحصل فى بلادنا (أى اوربا) الا فى بعض الاوبية واما حصولها فى البلاد الحارة فكثيرا ما يوجد فيها مع الدوسنطاريا اصابة كبدية تنتهى بالتقيح وهذا الالتهاب التقيحى الكبدى اما ان يكون نتيجة السدد السيارة نحو الكبد او التهابه التقيحى الحاصل مع الدوسنطاريا او قبلها وانذار الدوسنطاريا يختلف على حسب الاحوال المتسلطنة فالموت بهذا المرض فى البلاد الحارة يكون كثيرا جدا فيصل من العشرين الى الثلاثين فى المائة واما فى البلاد الباردة فيندر أن

يصل

يصل الى هذه الدرجة والموت لا يزيد عن ٧ الى ١٥ فى المائة وفى العادة يكون سير وباء الدوسنطاريا جيدا متى كان هذا المرض على شكل الدوسنطاريا النزلية او القيحية المصلية والاحوال الافرادية من الدوسنطاريا يكون انذارها جيدا فى الغالب والصفة العفنة للمواد البرازية واختلاطها ببقايا الغشاء المخاطى المتغنغر او اهداب منه تدل على ان الدوسنطاريا من طبيعة دفتيرية غنغرينية وحينئذ يكون انذارها خبيثا وكذا خروج كمية عظيمة من الدم والانحطاط العظيم وتغير المعدة والقئ الذى بهما تتعذر التغذية تصير الانذار غير جيد والاشخاص الضعفاء البنية والمرضى والرضع والشيوخ تكون عرضة لخطر عظيم اكثر من الاقويا الاصحاء والشبان

﴿المعالجة﴾

أما المعالجة الواقية من الدوسنطاريا فانها تستدعى ابتداء تبعيد الاسباب التى تعين على تكون السم الدوسنطارى وازدياده تبعا للتجارب المعلومة لنا الآن والوسائط التى يمكن بها الحصول على هذه الغاية تستنتج من الامور التى ذكرناها فى المعالجة الواقية لكل من التيفوس والهيضة وحيث ان المواد البرازية هى على غلبة الظن الحاملة للسم الدوسنطارى المتولد فى الجسم المريض فالمعالجة الواقية تستدعى على الخصوص منع الاشخاص السليمين من استعمال نحو القصارى والمراحيض واقام الحقن وغير ذلك من الآلات التى استعملتها المرضى المصابة بهذا المرض او اقله يصير تنظيفها بواسطة الماء المغلى وكذا عدم صب المواد البرازية المنقذفة من المرضى فى المراحيض العمومية وبالجملة تستدعى المعالجة الواقية تبعيد جميع الاسباب المضرة التى تزيد الاستعداد للاصابة بالدوسنطاريا وذلك لكونها تصير الجسم اكثر استعدادا لقبول السم الدوسنطارى فانه ولو كان غير مثبوت ان الشخص يصاب بالدوسنطاريا الوبائية بمجرد تعاطى الاثمار الفجة والنوم على الارض الرطبة والامساك ونحو ذلك بدون ان يتعرض لتأثير السم الدوسنطارى فمن الاكيد ان هذه المؤثرات فى زمن تسلطن الدوسنطاريا تعين على ظهور هذا المرض

واما معالجة المرض نفسه فلا يمكنا اتمام دلالاتها بالكلية لعدم وجود وسائط

نوعية عندنا تضارب السم الدوسنطاري وقد ترك الآن بحق جميع الوسائط التي يقصد بها قطع سير هذا المرض كالفصد الغزير والمقيات والمسهلات الشديدة وتعاطي مقادير عظيمة من الافيون ويقتصر الآن على اتمام ما تستدعيه المعالجة العرضية فمن الموصى به ان يبتدا في المعالجة باستعمال مسهل لطيف كمستحلب زيت الخروع والتمر الهندي او الملح المر او الزئبق الحلو وكل من تلطيف الزحير والام البطن وقلة تكرار التبرز الذي يعقب تأثير هذه الجواهر المسهلة اللطيفة يوجه بدفع المواد الثفلية المتراكمة اعلا الجزء السفلي الملتهب والمنقبض انقباضا تشنجيا من التهيج وكثير من الاطباء من يكرر استعمال هذه المسهلات اللطيفة متى لم تحتو المواد البرازية على مواد ثفلية مدة يومين ولا يجوز استعمال مقيء من عرق الذهب وحده في ابتداء هذا المرض الا في الاحوال التي تكون المعدة فيها ممتلئة بمواد غير منهضمة وينبغي للمريض المصاب بالدوسنطاريا ملازمة الفراش ولا يتعاطى مواد غذائية صلبة ويطفي عطشه بواسطة سوائل فاترة وتكون تغذيته من الشوربات الخفيفة فان كان قوي البنية دموي المزاج يعطى له شربة مائية غروية وان كان ضعيف البنية انيماويا وكان عنده شهية وهضمه غير مضطرب وجب الاجتهاد في حفظ قواه من الابتداء باستعمال امراق مركزة وصفار البيض وعصارة اللحم واللبن المخفف النقي ويكاد يحصل لاغلب المرضى راحة من استعمال الوضعيات الفاترة على البطن واما استعمال المثانات الجليدية على البطن او المكمدات الباردة التي أوصى باستعمالها بعضهم عند وجود الام شديدة في البطن مع ارتقاء في درجة الحرارة فلم يتحقق منفعته في التجارب المجموعة الى وقتنا هذا وان كانت الام البطن شديدة جدا ولم تتلطف بالوضعيات الفاترة او الباردة وخشي من زيادة حساسية البطن حصول مضاعفة بريتونية فيحصل ولا بد فائدة عظيمة من ارسال العلق على البطن السفلي بقدر (من ١٠ - ٢٠ عند الاشخاص التامين النمو) ويحفظ سيلان الدم من محل لذعه بواسطة الضمادات الفاترة وعندما يكون الزحير مؤلما للغاية ولم يحصل ضعف عند المريض يجب ايضا ارسال

العلق على الشرج فان ازداد الاسهال جدا وتكرر بكثرة وازداد الم البطن وصار التبرز متعبا للغاية وجب ولابد استعمال الافيون مع التكرار بمقادير مناسبة لحالة المريض فحينئذ يحصل منه على الدوام تلطيف فى حالة المرض سواء استعمل بانفراده اومع غيره من الجواهر الدوائية كالزئبق الحلو والتنين وخلات الرصاص فان لم يثمر الافيون ولم يحصل منه على فائدة كان ولابد استعمال كل من نترات الفضة والقوابض النباتية كساق الحمام والراتانيا وقشر العنبر من الباطن قليل الجدوى

واما استعمال الجواهر الدوائية على شكل حقن ففيه وجه تفضيل عن المعالجة الباطنة لكون الجواهر الدوائية بهذه الطريقة تؤثر على الغشاء المخاطى المريض مباشرة وانما يعترض على هذه الطريقة بكونها مؤلمة عند ماتكون حساسية الشرج متزايدة جدا ويكون السوائل المحقون بها لاتلامس المعاء الغليظ الا فى جزئه السفلى ومهما كان فنفعة هذه المعالجة الموضعية تغلب على ضررها سيما وانه باستعمالها اللطيف يمكن منع حصول الالم فى الشرج وازدياده ازديادا عظيما ومن الجائز انه فى المستقبل بالممارسة فى استعمال طريقة هيجار التى بها يمكن ملء المعاء الغليظ بالسائل بتمامه تصير معالجة الدوسنطاريا موضعية بالكلية اى قاصرة على الغشاء المخاطى المريض وهذه الطريقة يلزم لاجرائها بدلا عن الحقن ذوات الطلمبات المعتادة آلة التشلشل على الجروح بالجهاز المكون من مبسم زيتونى الشكل لاجل الدخول بسهولة فى المستقيم وانبوبة طويلة من الصمغ المرن وقمع من الزجاج فعلى حسب درجة رفع القمع المتصل باحد طرفى الانبوبة المرنة وقت صب الماء فيه يمكن ضغط عامود السائل فى المعاء كثرة وقلة ولاجل ملء الاجزاء العليا من القولون الغليظ اوصى هيجار بوضع المريض وضعا به يزول بالكلية العائق المانع من دخول السائل فى المعاء وذلك هو الوضع الركبى المرفقى او الوضع الركبى الكتفى وهو الاوفق اذ بهذا الوضع يصير كل من الرأس والصدر منخفضا عن الحوض وفى هذا الوضع يمكن ان يصب فى القولون من ٤ ليترات الى ٥ مع الاحتراس فى منع جريان السائل زمنا فزمنا بواسطة الضغط على الانبوبة المرنة وسدها وعند الاشخاص الكثيرى الحساسية او

المنهوكين يجتنب المعلم موسلير الوضع الركبى المرفقى وقال انه يمكن صب جملة
ليترات من الماء فى الوضع الظهرى الاعتيادى وذلك برفع القمع جدا عن
المستقيم والغالب ان تستعمل حقن صغيرة من النشاء أو جواهر غيره من
السوائل الغروية مضافا اليها بعض نقط من صبغة الافيون او تستعمل اقماع
مستقيمية أى الشياف من زبدة السكاكاو مدهونة بالمرفين او بخلاصة الافيون
وذلك لاجل تلطيف الزحير ولاجل مضاربة التغير الالتهابى الدوسنطارى
فاجود ما يستعمل الحقن المأخوذة من محلول الحجر الجهنمى من جزء منه الى
٢ على ١٠٠ من الماء المقطر وتستعمل مرة او مرتين فى النهار (واجود
نجاحا شاهدته من هذه الطريقة هو استعمالها اولا عند الاطفال ولو الرضع
عندما تكون الدوسنطاريا دموية وذلك ان يستعمل فى مثل هذه الاحوال
حقنا صغيرة مركبة من قمحتين من نترات الفضة على اوقية من الماء
المقطر ويحقن بهذا السائل مرتين فى النهار وبعد الحقن به تستعمل حقن
أخرى من زلال البيض الممزوج بالماء ونجاح هذه الطريقة البين آت من
كون التغير المرضى الدوسنطارى قاصرا على الجزء السفلى من القولون
وثانيا فى احوال الدوسنطاريا المزمنة عندما تكون على الشكل الجرابى
وقاصرة على الجزء السفلى من المعاء الغليظ أيضا) وكذا قد استعمل فى العصر
المستجد بناء على نجاح كلورات البوتاسا فى الدفتيريا الحلقية هذا الجوهر
على شكل الحقن فى الدوسنطاريا بقدر جم ونصف على ٦٠ جراما من
الماء الفاتر وفى الدوسنطاريا الدفتيرية الثقيلة قد لا يحصل ادنى ثمرة
فى كثير من الاحوال وكل من الضعف العظيم للمرضى والشلل المهدد
بالحصول يمنعنا من استعمال كل من الاستفراغات الدموية والزيبق الحلو
مع الافيون فيقتصر فى مثل هذه الاحوال على استعمال الوسائط الدوائية
المقوية المنعشة لاجل حفظ قوى المرضى وتجنب حصول الشلل واما تأثير
ونجاح حمض الفنيك الذى مدحه فى العصر المستجد الطبيب (اميلونج)
فلابد من التمادى على التجارب به حتى يتأيد ذلك وهو يستعمل بالكيفية
الآتية بان يؤخذ من حمض الفنيك (جرام واحد ومن روح النبيذ المكرر
١٥ نقطة ومن صبغة الافيون ٢٠ نقطة ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما ومن

محلول الصمغ العربي وشراب الدياكود من كل ٢٥ جراما ويعطى من ذلك ملء ملعقة كبيرة كل ثلاث ساعات) والممدوح في الدوسنطاريا المزمنة استعمال الحقن المأخوذ من محلول نترات الفضة او من محلول كبريتات الخارصين وذلك مع استعمال اغذية لطيفة وان لم توجد مواد برازية متجمعة اعلى الجزء المريض من المعاء وكانت المواد البرازية المخاطية القيحية او المخاطية المدممة مختلطة بمواد ثفلية سائلة وجب استعمال القوابض من الباطن لاسيما التنين وساق الحمام والرتانيا ونحن نفضل في مثل هذه الاحوال استعمال السكاد الهندى (٨ جرام على ١٨٠ جراما من الماء و ١٥ جراما من الصمغ العربي ويعطى من ذلك ملء ملعقة كل ساعتين) واما استعمال الاستحضارات الحديدية والكينية والوضعيات الباردة على البطن بطريقة بر زنتس وتغيير الهواء والحمامات الفاترة فقد تكون مساعدة على شفاء القروح المعوية

(وأما معالجة الدوسنطاريا بالهندى الشعيرى كايفعلها عوام مصر بكثرة ومدحها بعض الاطباء فيظهر انها تؤثر كثيرا في المسهلات اللطيفة وليس عندى تجارب خاصة بذلك)

﴿في الامراض التسممية التى تنتقل من الحيوانات الى النوع الانسانى﴾

ولنذكر هنا كلا من داء ﴿التريشين﴾ اى التسمم بالديدان الخنازيرية وداء السراجة والكلب واما الجمرة الخبيثة فلا نتعرض لها هنا حيث ان هذا المرض يذكر في كتب الجراحة فتقول

﴿المبحث الاول في داء التريشين﴾

(كيفية الظهور والاسباب)

كثيرا ما وجد في السنين الماضية زمنا فزمنا عند فعل الصفات التشريحية المختلفة في عضلات الجسم جسيمات عديدة مبيضة على شكل نقط وبالبحث عنها بالميكرسكوب شوهد انها اكياس صغيرة محتوية على ديدان خيطية الشكل ملتفة التفافا حلزونيا (وهى التريشين الحلزونية التى استكشفها اوقين ١٨٣٥) وهذه الديدان لم يمكن اثبات وجود اعضاء تناسلية فيها ولذا كان من المبهم جدا منشاؤها ومن اين وصلت الى العضلات وهل هى قابلة

للنمو أم لا ثم انه فيما بعد قد اتضح بتجارب كل من الشهير ورجوف وليكهر دسنة ١٨٦٠ بتطعيم بعض الحيوانات باللحم المحتوى على التريشين ان التريشين العضلية متى وصلت الى المعدة تنحل محفظتها وتصير سائبة فتصل بسرعة الى المعاء الدقيق بحيث انه عما قليل من الايام بل فى اليوم التالى غالبا تنمو هذه الديدان وتستحيل الى التريشين المعوية ذات الاعضاء التناسلية فبعد ان كانت شعرية الشكل طولها نحو واحد ميلليمتر يصير طول الذكر منها واحد ميلليمتر ونصف والانثى من ٢ ميلليمتر الى ٣ وبعد اليوم السادس تلد كل انثى التى هى أكثر عددا بعد تلقيحها نحو الالف جرثومة حية بدون محفظة سابحة فى الغشاء المخاطى المعوى وتبتدى فى السبح بعد اليوم العاشر من تعاطى اللحم المحتوى على التريشين بعد ثقب القناة المعوية وهذا السبح يحصل من خلال البريتيون او بين الوريقات المساريقية وبين الياف المنسوج الخلوى الكائن بين الالياف العضلية أومع الدم وتصل الى العضلات الارادية وهناك يقف سبحها وعدد الجراثيم السابحة قد لا يحصى وتوجد كثيرة الاجتماع والتراكم فى انتهاء جسم العضلات عندما تستحيل الى اوتار والظاهر انه يتعذر ثقبها هنا واكثر ما تسبح التريشين فى عضلات القطن والحجاب الحاجز والعضلات بين الاضلاع وعضلات العنق والمقلة والحنجرة وبالنسبة للاطراف هناك قاعدة وهى انه كلما بعد عن الجزع كلما قل عدد التريشين فى العضلات ولم يشاهد سبح جرثومة التريشين اقله فى الانسان فى الطبقة العضلية للقلب وسبح التريشين فى العضلات يؤدى لالتهاب جوهرى وخلائى فيها والتريشين السائبة لا تنظر بالعين العارية مدة سبحها وهى تتغذى ابتداء فى باطن الحزم العضلية ثم تقف فى سبحها وفى ظرف بعض اسابيع تستحيل الى نفس التريشين العضلية وفى المحال الكائنة فيها يؤدى التهيج الناشئ عنها الى تلاشى الالياف العضلية واستحالتها الى جوهر ذى تحبب دقيق وأما غمدها فيتكاثف و ينكمش من طرفيه فتبقى الدودة ملتفة التفافا حلزونيا فى المسافة الخالية وفى محيط الغمد الظاهر تتكون أوعية جديدة واما الجوهر الحبيبى الكائن داخلها فانه يتكاس بحيث ان المحفظة الديدانية تظهر للعين العارية على شكل جسم مبيض و يلزم لتكوين الاكياس الديدانية زمنا اقله شهران والديدان

الترشينية المحاطة بمحافظها يمكن ان تبقى وتستمر جملة سنين بحيث ان لحم مثل هذه الحيوانات متى استعمل فى الغذاء ينتج عنه التسمم بهذه الديدان واسباب داء الترشين فى الحيوانات مجهول الى الآن

ومن اعظم الامور واهمها الجواب عن مسألة منشأ الترشين فى الخنازير وقول ليكاردان الترشين طفيلى منشأوه الجرذان قد وقع فيه الشك الآن بواسطة ابحاث زنكر وليمرنج فان الاول قد اجتهد فى ثبوت كون الجرذان المصابة بالترشين تكاد توجد على الدوام فى المحال التى يوجد فيها بقايا الجيفة من الخنازير المقتولة فتتغذى منها وعضد جرلاخ القول بانه على الدوام لا توجد الترشين فى الجرذان الا فى المحال الموجود فيها خنازير ترشينية أو حيوانات أخرى من اكالة اللحوم فالخنازير وان اصيبت وتسممت بالجرذان الترشينية الاان الخنازير هو الحامل الاصلى لهذا الحيوان الطفيلى والكيفية التى بها يكتسب الخنزير هذا الداء هى الآتية تبعا لزنج وهى اولا التسمم عقب ازدراد جرثومة الترشين المعوية مع المواد البرازية المتقذفة من حيوانات مريضة وثانيا أكل لحوم خنازير اخرى مصابة بهذا المرض كما يحصل ذلك فى بعض الزرائب التى تربى فيها الخنازير فانه كثيرا ما ترمى بقايا الجيفة بعد قتل بعضها الى خنازير اخرى لتتغذى بلحمها

واما نوع الانسان فلا يظهر عنده داء الترشين الا بواسطة تعاطى لحم الخنزير المحتوى على هذه الديدان واكثرها خطرا اكلها نيئا ولذا ان هذا المرض يشاهد بكثرة فى الجهات التى فيها توجد العادة الخطرة من تعاطى اللحم نيئا ويكون اكثر واشد منه فى غيرها من الجهات وزيادة عن تعاطى اللحم نيئا فان هذا اللحم قد يجهز بكيفية بها لا تقتل الديدان الترشينية بكيفية تامة فان القطع العظيمة من هذا اللحم ولو المطبوخة او المحمرة قد تحتوى على هذه الديدان فى اجزائها الباطنة غير النضجة التى يسيل الدم منها عند شقها فان هذه الديدان مادامت فى الاجزاء الباطنة لا تهلك ولو تعرضت هذه القطع العظيمة من اللحم فى اثناء الطبخ لدرجة حرارة كافية لقتلها بل وفى القطع الصغيرة قد تبقى هذه الديدان حية مادام طبخها غير تام كما تبقى فى قطع السجق فكثيرا ما شوهد التسمم بالترشين بعد تعاطى هذا اللحم

المجهز مهما اختلفت كيفية تجهيزه واما التمليح المستطيل للحم الخنزير بدون صب الماء عليه فانه يهلك الترشين على الدوام واما اذا كان التمليح غير تام ولا مستطيل فان الديدان تبقى حية فيه بكمية عظيمة وكذا الاهلاك من هذه الديدان بواسطة التدخين والتجفيف الا ما كان على السطح الظاهر ماعدا التدخين الساخن على النار واقل الطرق اتلافا لهذه الديدان هى طريقة التدخين السريع التى بها يدهن لحم الخنزير بالخل او السكر يوزوت ويعلق على الدخان زمنا قليلا فان التسمم بعد التعاطى باللحم المجهز بهذه الكيفية قد شوهد منه عدد عظيم وقلة مشاهدة هذا المرض فى جنوب اوربا ناشئ ولابد عن كراهة تعاطى لحم الخنزير بدون طبخ جيد

﴿الصفات التشريحية﴾

التغيرات التى تحصل عند الاشخاص المعترية داء الترشين فى الاسابيع الاول ليست معروفة الى وقتنا هذا لكن من ابتداء الاسبوع الخامس تظهر فى العضلات التى لم تزل حراقانية علامات الالتهاب الخلائى والجوهرى على شكل اشرطة سنجابية دقيقة وقد ذكرنا فيما تقدم الصفة الميكرسكوبية لهذه الاجزاء وان حصل الموت فى الاسبوع العاشر وجدت العضلات ضامرة باهتة وتستحيل الى المحافظ الترشينية التى ترى بالنظر العارى وعدد الديدان الترشينية يكون اعظم وامتدادها اوضح كلما كانت الاصابة طويلة ففى الاحوال المستطيلة جدا يمكن ان ترى عضلات الاطراف مرصعة بتلك الديدان وهذا الامر والتجارب المعلومة من انه يوجد الى انتهاء الاسبوع السابع أو الثامن ديدان ترشينية معوية حية عشاشة بيض وجراثيم تقرب من العقل ان الديدان الترشينية المعوية لا تلد ديدانا حية مرة واحدة بل مرارا عديدة بحيث ان سيرها فى العضلات يتجدد من جديد وباقى التغيرات المرضية التى توجد فى جثث الهالكين بهذا المرض لا تكون واصفة ويوجد فى الجثة اوذيما الاطراف السفلى والطحال يكون قليل الانتفاخ أو غير منتفخ بالكلية وكل من جوهر القلب والكليتين يكون فى حالة انتفاخ متكدرا وحويصلات الكبد تحتوى على

كمية كثيرة من الشحم وفى كثير من الاحوال توجد التغيرات الخاصة بالالتهاب الشعبى الممتد ويوجد فى الرئتين ارتشاحات انحدارية اوتغيرات التهابية وفى بعض الاوردة سدد ذاتية

(الاعراض والسير)

من منذ ما اوضح المعلم زنكر سنة ١٨٦٣ الاستكشاف المهم من ان سبح الديدان التريشينية فى الجسم الانسانى يحدث مرضا ثقيلا قتالا قد صار شرح احوال متفرقة من هذا المرض بل واوبية قتاله منه شرحا كافيا ومن الواضح ان الاصابة التى تنتج عن دخول التريشين فى الجسم تظهر اختلافا عديدا على حسب كمية الديدان التريشينية الحية التى تنفذ فى القناة الهضمية كما وانه من الواضح ايضا ان هذا المرض فى الاحوال الواضحة منه يميز له جملة ادوار اولها يتعلق بوجود الديدان التريشينية فى المعدة والمعاء ونموها فيها والثانى بنفوذ الجرائيم العديدة لتلك الديدان فى العضلات والثالث بانتهاء سبح تلك الديدان اوتناقص تهيج العضلات عند تكون المحافظ التريشينية

ففى الدور الاول لا يكون عند المرضى ادنى مكابدة قبل هضم اللحم المتصل بتلك الديدان وانطلاقها بل وفى بعض الاحوال تفقد العلامات المرضية ايضا فى الزمن الذى تصير فيه تلك الديدان سائبة فى المعاء وتتناسل فيها وتثقب جدرها وهذا ما يسمى بالتريشين الكامنة فمثل هؤلاء المرضى تكون شهيتهم جيدة وتبرزهم منتظما وهم وان كانوا فى حالة تعب وانحطاط ويشتكون بآلام متحيرة ونوع جساوة فى الاطراف لكن يكون لهم قدرة على الخروج من امكنتهم والسعى فى اشغالهم ثم تتركز الآلام شيئا فشيئا وتتحدد فى بعض العضلات وهذه الاخيرة تنتفخ وتصير صلبة يابسة وتظهر الاوذيما وتتضح الحمى وباقى الاوصاف الواصفة للالتهاب العضلى التريشينى ومن القريب للعقل هنا القول فى مثل هذه الاحوال انه لم يصل الى المعاء الا قليل من الديدان التريشينية اوانه لم يبق الا قليل منها بحيث ان كلا من قلة نمو الديدان التريشينية وقلة سبح قسمها الحديث لم يكدر وظائف المعدة والمعاء الا قليلا بخلاف اصابة العضلات فانها ترتقى الى درجة عظيمة بواسطة تكرار نمو الديدان التريشينية الجديدة وسبحها واما انتقال داء التريشين

الكامن من حالته الى حالة وضوح خطرة فعسر التوجيه مالم يكن ذلك ناتجا عن سبح نفس جديد من تلك الديدان فى الاعضاء التنفسية

ويخالف بالكلية السير الكامن لهذا المرض وفقد الاضطرابات الهضمية ابتداء هذا المرض فى بعض الاحوال بظواهر معدية معوية شديدة للغاية فان الاصابة الاولى فى الوباء المشهور الذى حصل فى المانيا قد ظن ابتداء انه وباء هيضى فانه قد كان يظهر عند المرضى ابتداء قيئ واسهال شديدان يكاد لا يمكن ايقافهما ومات بهذا المرض فى الابتداء ثلاثة اشخاص فى اليوم السادس بعد التسمم بظواهر تكاثف الدم والشلل وقد ارتكن كل من كرتس روبر بكت فى التمييز العسر بين الهيضة التريشينية والآسية والافرادية الى وجود الالم العضلى التوترى الخاص الذى يصاحب الشكل الاول الذى يكون مجلسه العضلات القابضة من الاطراف العليا و يزداد عند حركة القبض او الضغط وهجوم داء التريشين على الشكل الهيضى غير الكثير الحصول يدل على انه وصل الى المعدة عدد عظيم جدا من التريشين الحية وان كلا من جدر المعدة والمعاء اعتراه تغيير مرضى قوى وهذا يثبت بكون الاعراض الهيضية لم تشاهد الى وقتنا هذا الا عند التسمم باللحم النيئ

ومع ذلك فكل من فقد الظواهر المعوية وظهور نوب شديدة من القيء او الاسهال لا يشاهد بعد تعاطى اللحم المحتوى على الديدان التريشينية الا فى احوال قليلة والغالب ان تشتكى المرضى بعد التسمم ببعض ساعات او ايام باحساس بانضغاط شديد فى القسم المعدى مع تجشى وغثيان مصحوب باحساس بتعب وانحطاط عمومى وفى العادة يحصل قيء يتكرر بعض مرات وينقذف به مواد مخاطية او صفراوية وكثيرا ما يحصل اسهال ينقذف به مواد سائلة تكون ابتداء مصفرة ثم سحابية واضحة وتكون احيانا شبيهة بماء الارز وفى احوال أخرى يوجد امساك و بعد اليوم السابع من تعاطى اللحم المحتوى على التريشين ودخوله فى المعدة أى فى الزمن الذى يبتدى فيه سبح الجراثيم الديدانية فى الجسم ينضم للظواهر المعدية ان كانت حصلت ظواهر خاصة بسبح تلك الديدان فى العضلات وهى الام تظهر على شكل متعب

والاحساس بجساوة فى العضلات واوذيما خاصة فى الوجه يكثر انضاحها
فى الاجفان تمتد احيانا الى الملتحمة بحيث تتكون الحوية الاكموزية
الملتحمية وعما قليل تصير حركات المرضى عسرة للغاية وذلك اما لكون
العضلات تزداد جساوتها وتيبسها شيأ فشيأ اولكون تحركها يصطحب بالام
شديدة جدا وجسم العضلات ينتفخ انتفاخا عظيما ويصير متوترا يابسا
قوامه كالصمغ المرن شبيها بالتيبس الرمى وفى الاحوال الثقيلة جدا من
هذا المرض يصير وضع المرضى واصفا فتكون على الدوام مستلقية على
الظهر والذراعان منثنيان على شكل زاوى فى مفصل المرفق والكتفان
والركبتان مرتفعة منثنية ويتجنبون كل حركة لما يحصل عندهم من
الآلام وقد وجه كونهين هذا الوضع باهتمام المرضى باخذ وضع فيه
لا يعترى عضلاتهم الا القليل من الانجذاب والتوتر ومن القريب للعقل
ان كثيرا من أحوال التريشيز فى العصر المتقدم كان يعتبر نظر الذلك آفات
روماتزمية

و ينضم لانتفاخ العضلات اوذيما جلدية تمتد من العضدين الى قبضة
اليدين ومن الفخذين الى أسفل القدمين بدون ان تصيب الصفن
والشفرين العظمين ويندران تفقد اوذيما الوجه والاطراف لكنها تكون
فى الغالب وقتية وغير عظيمة وتوجيه هذه الاوذيما لم يتضح بالكلية الى
الآن فان بعضهم يعتبرها تفممية جانبية وبعضهم ينسبها السدد ذاتية
فى الاوعية الليمفاوية اولانسداد الاوعية الرقيقة الجلدية بواسطة
التريشين وتنسب فى الادوار المتأخرة من هذا المرض لضعف حركات القلب
والتنفس (ومن الجائز ان يكون ذلك ناشئا عن تراكم الديدان التريشينية
فى الحجاب الحاجز) وينضم للاعراض المذكورة من الاسبوع الثالث الى
الخامس نوب عسر عظيم فى التنفس تتعلق ولابد بوجود الديدان التريشينية
فى عضلات التنفس وهذه النوب تزول عادة فى الاسبوع السادس ان لم يطراه
الموت وباصابة عضلات المزمار بالديدان التريشينية يصير الصوت عند بعض
المرضى ابح ولهذا السبب يحصل أيضا عسر فى حركة المقلتين والمضغ والتكلم
والازدراد

واما الحى فى داء التريشين فانها قد تفقد بالكلية فى الاحوال الخفيفه بحيث ان المصاب بهذا المرض لا يلزم الفراش واما فى أحواله الشديدة فانه يحصل بعد التسمم بايام قليلة حى كثيرة الشدة اوقليلتها ذات طرز مترددة وكون تموجات الحرارة فى هذا المرض تشابه تموجاتها فى التيفوس البطنى واصطحاب هذا المرض غالبا باسهال وعدم وجود تغيرات جوهرية فى باقى الاعضاء آدى فى بعض الاحوال الى اشتباه هذا المرض بالتيفوس وسرعة النبض تطابق فى هذا المرض ارتفاع درجة الحرارة فقد يصل فى الاحوال الثقيلة الى ١٣٠ فى الدقيقة الواحدة وهناك عرض واصف نوعا لهذا المرض وهو العرق الغزير المصحوب بطفح دخنى احيانا يبتدى عادة فى الايام الاول من هذا المرض ويستمر فى اثناء سيره والتأثير الذى تحدثه الحى التريشينية فى الحالة العامة وفى الدماغ وباقى الوظائف يطابق بالكلية مايحصل فى غير هذا المرض من الامراض المصحوبة بارتفاع عظيم فى درجه الحرارة فالنبض يصير صغيرا ضعيفا والعطش محرقا واللسان جافا وتقع المرضى فى حالة هبوط اوهذيان وقد يحصل تقلص واهتزاز فى بعض العضلات وغنغرينا موضعية فى العجز وبهذه الظواهر التيفوسية يمكن ان تهلك المرضى لكن طروكل من الالتهاب الشعبى المنتشر والتغيرات الانحدارية والارتشاحات الرئوية الالتهابية ينوع الصورة المرضية التى يسير بها داء التريشين

وسير هذا المرض لايظهر فيه انتظام وتتابع واضح فى الاعراض الافى الاحوال الثقيلة جدا بخلافه فى الاحوال الخفيفة فان الظواهر الابتدائية لهذا المرض التى تطرأ بسرعة فى الاحوال الثقيلة لا تتضح الا بعد جملة أسابيع بل وقد تكون الظواهر المعدية المعوية الناتجة عن التريشين المعوى واهية جدا أوتفقد بالكلية وكذا الاعراض العضلية المتعلقة بتهيج جراثيم تلك الديدان فيها قد تكون خفيفة جدا ولا تصل لشدة عظيمة الا بعد جملة اسابيع اى بعد ازدياد كمية التريشين العضلية عقب تكرار تسبح النقس الجديد وتكاثره فى العضلات شيأ فشيأ وبعض الاحوال الخفيفة من داء التريشين قد تشفى بعد بعض أيام اواسابيع والغالب ان يمتد هذا المرض

زيادة عن ستة أسابيع او سبعة بل جملة أشهر فى الاحوال الثقيلة والمرضى التى تكون وصلت نحافتها الى اعلى الدرجات تبقى شديدة الحساسية والضعف وتعود لقواها ببطء الى ان يتم تكيس القفص التريشينى

وانذار داء التريشين يتعلق بالكمية التى وصلت الى المعدة والمعى من هذه الديدان فيكون التسمم حينئذ عظيما متى كانت كمية اللحم المشحون بها عظيمة وكان مجهزا بكيفية غير لائقة وكافية لقتلها وظهرت الاعراض المرضية بشدة بعد التسمم حالا وقد وصل عدد الهالكين من هذا المرض فى بعض الاوبية الى ٣٠ فى المائة ومن النادر أن يحصل الموت فى الاسابيع الاول بل الغالب حصوله فى الاسبوع الرابع او السادس وفى أحوال أخرى يتأخر حصوله عن ذلك وتشخيص هذا الداء وان كان سهلا جدا فى الاحوال التى تشاهد مدة تسلطن وبائه اوعند وجود بعض أحوال متفرقة ايقظت فكر الطبيب لها الا انه عسر للغاية عند وجود حالة منفردة سيما ان كان سيرها غير اعتيادى والاعراض الواصفة هى التغيرات العضلية السابق ذكرها وكذا اوذيما الوجه والاطراف التى لا يمكن توجيهها بكيفية أخرى ومتى حصل الظن بوجود داء التريشين أمكن الوصول الى معرفة الحقيقة مع التأكيد بالبحث المكرسكوبى عن باقى قطع لحم الخنزير الذى تعاطى المريض منه واما البحث عن المواد البرازية للعثور على التريشين المعوية فلا يؤدى غالبا للمقصود فانه يندر خروجها مع البراز

﴿المعالجة﴾

اما المعالجة الواقية فمن المحقق انه بواسطة اجراء البحث المكرسكوبى عن اللحم بواسطة أشخاص متمرنين على ذلك سيما قطع اللحم المأخوذة من عضلات الحجاب الحاجز وعضلات الحنجرة لجميع الخنازير المذبوحة يمكن به ولا بد منع أوبية جديدة من هذا المرض وكذا من الجائز وجود أشخاص فى المدن العظيمة والقرى يمكن تعليمهم بطريقة عامة البحث بالميكرسكوب بحيث يمكنهم فى كل حالة راهنة الحكم مع التأكيد بان كان اللحم المجلوب لهم للكشف محتويا على التريشين ام لا والايصاء باتباع ذلك الكشف

على اللحم بطريقة جبرية وان جازلم نزل نحذر من الامن التام فى ذلك فانه لا يمكن الاعتقاد بالامنية التامة فى الاشخاص الذين يتعاطون فى القرى بالبحث الميكرسكوبى فانهم بعد البحث جملة سنين عن هذه الديدان ولم يجدوها لا يتمادون فيما بعد على البحث بالذمة والدقة التامين بل ومن الواضح الا كيد ان اجرا البحث الميكرسكوبى عن اللحم ان لم يفعل بغاية الدقة يصير خطره وضرره أكثر من نفعه فان الاشخاص يرتكنون عليه و يتعاطون لحم الخنزير بدون احتراس فالواسطة الوحيدة التى تقى من التسمم بداء التريشين هى منع تعاطى لحم الخنزير ما لم يكن مجهزا بالطبخ كيفية بها يتم هلاك الديدان التريشينية الموجودة فيه فكل من أراد تعاطى لحم الخنزير النئ او المدخن او السجق يلزمه ابتداء التأكيد من كون الخنزير الذى أتت منه هذه المواد لا يحتوى ابدا على الديدان التريشينية

وأما معالجة المرض نفسه فمن الواضح مما ذكرناه على تكاثر واستمرار التريشين فى العضلات عدم الوصول الى معرفة طرق علاجية بها يمكن قتل الديدان السابحة فى العضلات بدون ضرر بالنسبة للمريض لكن من الجائز فيما بعد الوصول الى معرفة طرق علاجية بها يمكن قذف الديدان التريشينية المعوية بسرعة أو قتلها وهذا الامر لا ينبغى فى المستقبل اجراؤه فى الاحوال الحديثة فقط بل وفى اثناء سير هذا المرض فانه من المعلوم الثابت ان الديدان التريشينية تسبح فى العضلات ثانيا بعد عدة اسابيع والى الآن لم تثمر فى ذلك الجواهر الطاردة للديدان المشهورة كما اوصى به (افريدرايش) وهو بيكرومترات الصودا او البوتاسا او البنزين الذى اوصى به (مولر) وملح الطعام وزيت الترمنتينا او السنتونين ونحو ذلك فانها لم تؤد للغاية المقصودة وكذا الجلسرين الذى يهلك الديدان التريشينية بسرعة عقب اخذ مائيتها لم يصادف محلا فى مشاهدتين شاهدهما الطبيب (مندير) ومع ذلك فجميع هذه الجواهر العلاجية ينبغى تجربتها عند وجود فرصة جديدة وكذا العشم بطرد الديدان التريشينية المعوية بواسطة المسهلات الشديدة أو زيت الخروع او الزيبق الحلو لم يصادف محلا الى وقتنا هذا وعلى كل حال فالمعالجة تكون عرضية فالحمى تضارب بالكينين والانحطاط والهبوط

يقاومان بالمنعشات والانيميا بالمركبات الحديدية واقوى الوسائط فى الانتفاخ العضلى المؤلم الحمامات الفاترة المستمرة المستطيلة

﴿المبحث الثانى﴾

(فى داء السراجة ويسمى بالداء الرطب وبالسقاوة)

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

يحصل عند الحيوانات ذوات الحافر المنفرد كالخيل والحمير والبغال مرض تختلف تسميته بحسب المحل المصاب المؤثر عليه الاصل المعدى فيسمى بالسراجة اوبالسقاوة فأما سم السراجة الذى هو مماثل لسم السقاوة فانه يتولد فى الجسم المتسمم به وانتقاله من الحيوان المريض المتولد فيه هذا السم الى حيوان آخر هو السبب الوحيد فى انتشار هذا المرض وبعبارة اخرى داء السراجة يعتبر من الامراض المعدية المحضة وسم السراجة الذى ليس معلوما لنا كغيره من الاصول المعدية لا بصفاته الميكرسكوبية ولا الكيماوية وانما نعرفه بمجرد تأثيره يوجد فى متحصل عقد السراجة والسيلان الانفى وفى الدم والافرازات كالبول واللعاب والعرق ويوجد عند الانسان قابلية للتأثر من هذا السم (الخاص بالخيل) وان كان ذلك بكيفية محدودة والعادة أن تحصل العدوى عند الانسان بواسطة تأثير هذا السم على أجزاء منجرحة اومتسلخة من الجلد عند تنظيف الخيل المريضة وعند سلخها اوذبحها اوطبخ لحمها اوعند عطاسها بقوة وانقذاف الافرازالمرضى من الانف بقوة ووصوله الى الغشاء المخاطى الفمى والملتحمة عند الانسان وملامسته لها ومع ذلك فقد تحصل العدوى بدون ملامسة لا واسطية للافرازالمرضى اى بواسطة اصل معد طيار ولذا ان الاشخاص الذين يبيتون فى اصطبلات الخيل المريضة بالسراجة لا يكونون مصانين عن الاصابة بهذا المرض ويظهر فى بعض الاحوال حصول العدوى بمجرد ملامسة الحيوانات المريضة اوافرازاتها المرضية بدون وجود جروح سابقة لذلك وحينئذ فلابد وأن تكون افواه الغدد الجلدية هى التى قبلت الاصل المعدى ومن الواضح أن هذا المرض يصيب على الخصوص الاشخاص الملامسين للخيل بكثرة واما اصابة شخص من

شخص مريض آخر فنادر جدا

(الصفات التشريحية)

التغيرات الغذائية التي يحدثها التسمم بسم السراجة عبارة عن ظهور اورام عقدية مخصوصة في الغشاء المخاطي للانف والغدد الليمفاوية الظاهرة والعضلات والرئتين وغيرها من الاعضاء وهذه الاورام تكون ابتداء يابسة ثم تلين بسرعة وتتلاشى وتستحيل الى خراجات وقروح وهذه الاورام العقدية تتكون عن نمو خلوى على رأى ورجوف ويوجد في الحديث منها اخلية جديدة صغيرة ونوايات عديدة سائبة واما العظيم منها فيوجد فيه اخلية عظيمة ذات نوايات مصطفة بجوار بعضها ومكونة لجوهر تلك الاورام وعند تقدم سير هذا المرض يعترى الاخلية القديمة تغير فتمتلئ بمادة شحمية حبيبية وتفقد دائرتها الواضحة وتتلاشى بحيث ان العقد لا تحتوى انتهاء الا على بقايا من جزيئات قليلة متفرقة وقد نبه ورجوف على تماثل التكون المرضى في العقد السراجية والدرن لكنه نبه ايضا مع الوضوح على انه لا يمكن الحكم على طبيعة التغير المرضى من هذا التماثل فان عين هذا التكون لا سيما تكون المادة الجبنية من عناصر خلائية لا يحصل فقط في الدرن بل كذلك في القيح والسرطان والاورام اللحمية واما التغيرات التى تحصل في الغشاء المخاطى الانفى والمسماة بالسقاوة فانها تظهر على هيئة تعقدات صغيرة على شكل رأس الدبوس اوحب الشهدانج والقروح التى تخلف تلاشيها تكون ابتداء متفرقة اومجتمعة ثم تختلط مع بعضها شيأ فشيأ وبتكون تعقدات جديدة وانفجارها في قاع تلك القروح وحوافيها وحولها يمتد التهتك ويغور في العمق الى ان تتعرى الغضاريف والعظام ثم تتنكرز وتنفصل وظهور تلك التعقدات يصطحب بالتهاب نزلى في الغشاء المخاطى الانفى وهذا الالتهاب يشتد جدا حولها ويصطحب في الابتداء بسيلان افراز مائى صاف يكتسب فيما بعد صفة لزجة كثيفة قيحية وعند تقدم التقرح يصير متغير اللون فيشاهد احيانا محمر الاختلاطه بالدم واما التعقدات التى تتكون في الجلد والمنسوج الخلوى تحته المعروف بالسراجة الجلدية فتتكون عظيمة في حجم الحمصة اوالجوزة وبعد

تقرحها تخلفها القروح المعروفة بالقروح السراجية وتكون مستديرة ذات حواف منقلبة الى الخارج او الداخل وذات قاع وسخ وتحدبات وافراز غزير من مواد صديدية كثيرا ماتلتصق بالشعر المحيط بها بكثرة مكونة لقشور يابسة سميكة وبالتهاب الاوعية الليمفاوية التهابا تابعيا وامتلائها بالمادة القيحية تتكون اشرطة سجية وهى المسماة بالاشرطة الديدانية وكذا العقد الليمفاوية قد يعتريها انتفاخ بل يوجد فى باطنها تعقدات سراجية ومن المستغرب كون بعض العضلات يكون مجلسا لهذه التعقدات لاسيما العضلة ذات الرأسين والعضلات القابضة للساعد والعضلة الصدرية والدالية فى محل اندغامها بل وقد توجد هذه التعقدات السراجية فى الرئتين فى حجم حب الشهدانج او الحمص وتبعا للمشاهدات الجديدة للمعلم قلوج ليست هذه التعقدات تولدات جديدة بل بورات التهابية متفرقة وكذا الطحال يكون عظيما منتفخا كثير الدم والكبد كذلك عظيما مكابدا للاستحالة الشحمية وباقى الاعضاء يوجد فيها كذلك تعقدات سراجية اوخراجات صغيرة وبهذه الاخيرة تكتسب جثة الهالكين بالسراجة صفة مشابهة للخراجات الانتقالية فى التسمم الصديدى

﴿الاعراض والسير﴾

زمن تفريخ داء السراجة يمتد عادة جملة ايام واحيانا جملة اسابيع وهذا الداء يبتدئ فى الاحوال التى يؤثر فيها سم السراجة بلاواسطة على جزء محدود من الجسم بظواهر موضعية بخلافه فى الاحوال التى فيها يستنشق السم مع الهواء فانه يبتدئ بظواهر عمومية كالتعب والانحطاط وآلام الراس والاطراف وشبه آلام روماتزمية فى العضلات والمفاصل وحيث ان هذه الظواهر ينضم اليها حمى ترتقى شيأ فشيأ فمن الجائز عند عدم معرفة السبب الوقوع فى الخطأ والظن بان المريض مصاب بالتيفوس فى الابتداء او بالروماتيزم المفصلى الحاد الى ان يتضح التشخيص فيما بعد بواسطة الظواهر الموضعية كالبثور فى الجلد ونحو ذلك وبالاصابة الانفية الآتى شرحها وعند تأثير السم تأثيرا موضعيا تتضح ابتداء ظواهر التهابية فى محل الاصابة كالاحمرار والانتفاخ والالم فى المحل المصاب من الوجه اوغيره من

الاجزاء المجرحة الملامسة لسم السراجة كالاصبع وبذلك يشبه التسمم بسم الرمة ثم تكتسب القرحة هيئة بشعة بحيث ان قاعها الشحمى يذكرنا هيئة الشنكر والعقد الليمفاوية المسامتة والاوعية الليمفاوية كثيرا ماتلتهب فينتفخ الذراع ويتغطى بحويصلات او بثور او يظهر فيه التهاب حمرى اوخراجات وقد تمتد هذه التغيرات الالتهابية الى جميع نصف الجهة المسامتة وان بقى الداء قاصرا على الغشاء المخاطى الانفى ولو كان هذا نادرا عند الانسان وكثيرا عند الخيل سال من احدى طاقتى الانف او كلتيهما معا على حسب الاصابة افراز صديدى منتن مخاطى فى الابتداء ثم قيحى مدمم فيما بعد وحينئذ يحمر الانف وينتفخ وكذا الاغشية المخاطية الاخرى كالغشاء المخاطى الفمى واللثوى والملتحمى والحلقى والحنجرى بل والشعبى لا يندر ان يصاب بالالتهاب والتقرح بحيث تتضح الحالة الثقيلة لهذا المرض بظواهر حنجرية اورئوية وفى الاحوال ذات السير الحاد ترتقى الحمى الى درجة عظيمة وتكتسب الحالة التيفوسية فتؤدى للموت بعد بعض اسابيع بظواهر شلل القلب وفى احوال السراجة المزمنة تكون الظواهر المرضية بعينها كما فى الاحوال الحادة انما تكون بطيئة السير والظواهر الموضعية قد تقف بل تلتحم التقرحات والاصابة الانفية قد تفقد بالكلية عند النوع الانسانى او تكون واهية جدا بحيث تختفى عند البحث غير الدقيق لكن عند تقدم السير تحصل اصابات سراجية متعاقبة فتظهر بثور وتعقدات عضلية والتهابات مفصلية مع انتفاخ فيها والتهابات فى الاوعية والعقد الليمفاوية وخراجات ونحو ذلك ثم تمتد الاصابة المرضية الى السمحاق والعظام فالمريض يفقد قواه بالحمى المستمرة او المترددة والاسهال المتكرر والعرق الغزير بحيث انه بحسب الظاهر يشبه المريض المسلول وكثيرا ما تهلك المرضى بعد بعض اشهر وانذار السراجة المزمنة ليس خبيثا جدا كانذار السراجة الحادة التى تكاد تنتهى دائما بالموت فقد دلت تقاويم المعلم (بولينجر) على انه لم يشف من ٣٨ حالة من السراجة الحادة الا واحد ومن ٧ من التحت حادة الا اثنان ومن ٣٤ من السراجة المزمنة الا ١٧ وقال (كوتنير) ان الاصابة فى السراجة باصل معد ثابت

اجود فى الانذار من السراجة التى تنتج عن اصل معدطيار

(المعالجة)

من الامور المهم التمسك بها جدا بالنسبة للحكومة المحلية منع انتقال السم من الحيوانات المريضة الى الانسان بواسطة احتراسات صحية قاسية ويجب على الاطباء البياطرة ايقاظ الاشخاص المنوطين بخدمة الحيوانات ذوات الحافر المفرد وتعليمهم ظواهر هذا المرض عند الخيل وشدة خطره وفى الاحوال التى يدرك فيها تأثير سم السراجة على جرح يمكن العشم باستئصال هذا الجزء اوبكى محل التلقيح كيا شديدا فى منع حصول التسمم العمومى واما الجواهر الدوائية الموصى بها عند اتضاح السراجة سيما يودور البوتاسيوم والمحلول الزرنيخى لفولير وحمض الفنيك فليس لها تأثير الا فى الاحوال الخفيفة وذات السير المزمن والسيلان الانفى هو والقروح الانفية يستعمل فيها الحقن بمحلول حمض الفنيك اونترات الفضة وزيادة عن ذلك يوصى باستعمال معالجة عرضية بالنسبة للاصابة الموضعية والحمى وقوى المريض

(المبحث الثالث فى داء الكلب)

(ويعرف بالفزع من الماء)

(كيفية الظهور والاسباب)

نعنى بالكلب مرضا تسمميا حادا ينشأ عن سم غير معروف يؤثر فى الانسان وينتقل اليه بواسطة عض حيوان مكلوب والجرثومة المسممة تحتاج لزمن طويل حتى تحصل الظواهر الابتدائية فى الجسم المسموم واعراض هذا المرض عبارة عن تشنجات متقطعة فى عضلات الازدراد والتنفس ينبوعها تغيرات دقيقة فى المركز العصبى لتلك العضلات ووظائفها الكائن فى النخاع المستطيل والهلاك ينتج ولابد عن شلل هذا النخاع الناشئ عن ازدياد تهيجه

واغلب المؤلفين المستجدين يميلون للقول بان المنشأ الذاتى للكلب عند الكلاب اوغيرها من الحيوانات لا يحصل مطلقا بل ان هذا المرض ينشأ

على الدوام من انتقال سم الكلب من حيوان مريض الى آخر والسم الموجود في اللعاب والدم بل وغيرهما من السوائل الطبيعية للحيوانات المريضة ليس من طبيعة طيارة بل من طبيعة ثابتة وهو لا ينفذ من البشرة الغير المنجرحة مطلقا ولذا لا يعقب بنتايج مضره الامتى اثر في محل منجرح او اقله في جزء من الجلد عار عن البشرة والسبب الغالب للكلب الانساني هو عض كلب مكلوب ويندر ان يظهر هذا المرض عقب عض حيوانات مكلوبة اخرى كالضبع والهر والثعلب والخنزير ويندر جدا حصول هذا المرض عقب عض حيوانات سائمة (اى اكالة النباتات) ولم يتحقق الى الآن بالكلية امكان عدوى شخص سليم عقب عضه بانسان مصاب بالكلب لكن قد نجح جملة مرات نقل هذا المرض بواسطة التلقيح من الانسان الى الحيوانات وعض الحيوانات المكلوبة يكون اشد خطرا في اجزاء الجسم العارية كالوجه والايدى واقل خطرا في الاجزاء المغطاة بالملابس وذلك لانه في الحالة الاخيرة لا يسهل نفوذ اللعاب المتسمم الى المجروح بل يمتنع ذلك بواسطة الملابس ولحس الحيوان المتكلب او تندية الجلد بلعابه او دمه بكيفية اخرى ليس خطرا كما سبق مالم يوجد بالمصادفة في المحل المتندى تشقق في البشرة او خلافه من جروحها وبعد عض الانسان بعضة متسممة فالظاهر ان ظهور المرض او عدمه متعلق بدرجة الاستعداد الشخصي واقل ما هنالك انه ثبت في الكلاب بواسطة التلقيح المتكرر ان هذه الحيوانات ذوات استعداد مختلف بالنسبة للتأثر من سم الكلب وعلى كل حال فالتقاويم الخاصة بعدد الاشخاص المصابين بعد عضهم من الحيوانات المكلوبة غير مطابق لبعضها ومتى تمسكنا بالقول ان الكلب لا ينشأ الا عن تلقيح السم الكلبي بلا واسطة اضطرنا لرفض القول بان عض حيوان مغضب متهيج وغير متكلب او غير متمم لشهواته التناسلية او المحروم من الماء او المعرض لحرارة الشمس الشديدة محدث لهذا المرض فان داء الكلب وان كثر انتشاره في فصل الصيف وجب توجيه ذلك بامر اخر وهو ان الكلاب في اثناء الصيف يكثر جريانها في الطرق فيتكرر قربها من حيوانات مكلوبة

(الصفات التشريحية)

لا يوجد فى جثث الهالكين بالكلب تغيرات واصفة لهذا المرض وأكثر ما يوجد فى الجثة تيبس رمى عظيم واحتقانات انحدارية رمية ممتدة وتعفن سريع بحيث يوجد فى كل من الاوعية والقلب والمنسوج الخلوى حويصلات رمية بعد الموت بقليل وارتشاح عظيم فى التامور وجدر الاوعية واحتقان واوذيما الدماغ واغشيته والنخاع الشوكى وبعض العقد العصبية السمباتوية والاعصاب واحتقان وانتفاخ وتجمع مادة مخاطية لزجة فى تجويف الفم والحلق واحتقان انحدارى واوذيما فى الاجزاء الخلفية من الرئتين واحتقان فى الغدد البطنية العظيمة وجميع هذه التغيرات لاسيما احتقان المراكز العصبية والاعصاب الذى ارتكن اليه فى توجيه هذا المرض ليست قارة الوجود ويظهر انها تحصل قبل الموت بزمن قليل بسبب الاضطراب الذى يحصل فى التنفس والدورة فى اثناء النوب وقد شاهدت بعض احوال اتضح فيها عند الكشف على الجثة انتفاخ عظيم فى اللوزتين والجهاز الغددى الجرابى لقاعدة اللسان والحلق وهذا التغير مطابق لما شاهده ورجوف

(الاعراض والسير)

جميع أحوال الكلب التى شوهدت وشرحت جيدا مطابقة لبعضها فاما زمن التفريخ فاختلفت فيه الاقاويل أما القول باتضاح الكلب عقب عض كلب مكلوب بعد ١٠ سنوات او ٢٠ وكذا القول بالقاحه بعد اليوم الاول او الثانى من العض فبنى على الظاهر على مشاهدات غير دقيقة واقصر مدة لزمن التفريخ يظهر انها من ثلاثة أيام الى عشرة واطولها من سنة ونصف الى ٢ وفى معظم الاحوال يكون هجوم هذا المرض من العشرين الى الستين يوما بعد العض واسباب اختلاف مدة زمن التفريخ غير واضحة لكن يظهر انها فى زمن الشبوبية اقصر منها فى زمن الشيخوخة وفى العادة تكون الاشخاص المصابة فى اثناء زمن التفريخ متمتعة بصحة جيدة واما ماذكره ماروشيتى من انه يظهر فى اثناء دور التفريخ حويصلات أسفل اللسان وانه بافسادها يجتنب طرو هذا المرض فلم يتحقق بالتجارب وانما يشاهد فى بعض الاحوال نحو انتهاء زمن التفريخ أعنى قبل هجوم هذا المرض بيومين او ثلاثة

بعض تغيرات فى الجرح الواهى غالبا اوفى أثرة القحامه ان كان قد التأم فيصير الجرح ذاهيئة ضرقة مؤلما واثرة الالتحام التى تتكون بسرعة عادة تلتهب وتصير محمرة اوضرقة مؤلمة عند اللمس وبعض المرضى يشتكى باحساسات مؤلمة ذاتية فى الجرح اوفى أثرة التحامه تتشعع نحو المركز او تشتكى باحساس بتنمل فى الجزء المعضوض وفى كثير من الاحوال تفقد هذه التغيرات فى محل تأثير السم الكلبى

وفى الدور الاوّل لهذا المرض وهودور الهجوم يوجد عند المرضى نوع تعب وهبوط واضطراب فى النوم وفقد فى الشهية والام فى الرأس ويندر وجود حمى خفيفة وجميع هذه الظواهر غير واصفة فانهاتوجد فى الدور السابق لكثير من الامراض وكل من الخلق المتغير والفزع والخمود الذى يوجد فيه هؤلاء المرضى ادى لتسمية هذا الدور بالدور الماليخولى وكثيرا مايكون الخمود العقلى غير عظيم مثل الاضطراب العمومى كالمريض القوى الذى شاهدته بنفسى وحيث ان ظواهر الخمود تحصل عند غير هؤلاء الاشخاص من المرضى الذين يعتقدون وقوعهم فى خطر عظيم فلا ينبغى اعتبار هذا الاضطراب العقلى تغيرا مرضيا خاصا بداء الكلب (والاحوال النادرة التى فيها يحدث التأثير العقلى عقب عض كلب سليم اويظنون فيه بالكلب اضطرابات عقلية مشابهة فلا ينبغى اختلاطها بالكلب الحقيقى) وبعض المرضى يشتكى فى اثناء دور الهجوم بضغط فى قسم الفؤاد ويحصل زمنا فزمنا شهيق عميق تنهدى فى اثنائه يدفع الحجاب الحاجز القسم الشراسيفى الى الخارج ويرتفع الكتفان الى اعلى بواسطة العضلات الرافعة لهما والمربعة الظهرية وهذا الشهيق القوى غير الارادى يكون العلامات الابتدائية من التشنج التيتنوسى لعضلات الصدر الذى يكون العرض المخوف والاكثر ايلاما للمريض فى الدور الثانى لهذا المرض ثم بعد استمرار دور الهجوم من يوم الى يومين ويندر ان يكون اكثر من ذلك يبتدى الدور الثانى وهودور التشنج اودور الفزع المائى بنوبة اختناق تطرأ فجأة عند مايريد المريض الشرب وحينئذ يتعذر عليه بالكلية شرب الماء ولو نقطة واحدة فانه بوصول الماء الى فمه وحصول حركات الازدراد تطرأ تشنجات فى

عضلات الازدراد والتنفس من طبيعة انعكاسية فالصدر يرتفع على دفعات ويبقى على وضع الشهيق العميق من ١٠ ثوان الى ٢٠ وفى اثناء هذا الزمن يظهر على سحنة المريض صورة الضجر والرعب وتنفتح الاعين وتنجذب الكتفان الى الخلف ثم يعقب ذلك زفير طويل وبهذا ينتهى الدور

فالفزع من الماء عبارة عن نتيجة التجاربة المهولة التى فعلها المريض عند ارادة الشرب وعين ذلك لم يحصل فقط فى الحال التى شاهدتها عند مريض قوى جسور وكان يجرب الشرب جملة مرات بدون انزعاج ورهب الى ان تم الفزع من الماء عنده بل فى جميع احوال الكلب التى شوهدت وشرحت بالدقة وحينئذ لا يعتمد على المشاهدات القائلة بان الفزع من الماء عرض اولى يطرأ من ذاته وكلما تكررت النوب ازداد الفزع من الماء وحينئذ فاجبار المرضى على الشرب باعطائهم كوبة الماء يوقعهم فى قلق شديد فيصير نظر كل كوب ماء او جسم مائع يذكرهم لون الماء مفزعا للغاية ومن المستغرب ان ازدراد الجواهر الغذائية الرخوة فى الابتداء لا يعقب على الدوام بتشنجات انعكاسية لكنها تطرأ عند ارتقاء هذا المرض ولو باسباب اخرى فتأثير تيار الهواء مثلا الذى يصادم الجلد وملامسة جوهر بارد وتهيج العينين بضوء قوى او اللغط الشديد بل والمنبهات الفجائية العقلية للمراكز المخية والمرئيات المزعجة يمكن ان تحدث هذه النوب وطبقا لما شاهدته لا تشترك عضلات البلعوم فى التشنجات الانعكاسية التى تنتج عن تهيج اجزاء اخرى خلاف الفم والحلق فان المريض الذى شاهدته عند اسه فجاءة كان يفتح فاه بالكلية ويميل برأسه الى الخلف ويرفع صدره الى اعلى ويبرز قسمه الشراسيفى ومع ذلك فلم يحصل التشنج البلعومى وعند ارتقاء هذا المرض الى اشد درجة يظهر ان النوب تطرأ بدون اسباب لكننى اظن ان هذه النوب الذاتية فى الظاهر تعتبر تشنجات انعكاسية وتنشأ اما من تراكم مواد مخاطية فى البلعوم او اللعاب السائل منه او هذا القول يرتكز فيه الى السرعة وعدم التأنى الذى به ما يقذف اللعاب والى التجربة التى تفعلها المرضى بادخال الاصبع ادخالا عميقا فى الحلق لاجل تبعيد المواد المخاطية واللعابية منه وما عدا ذلك فقد تحصل مدة النوب ظواهر تشنجية وانقباضات

تيتنوسية فى عضلات الظهر وتشنجات متقطعة فى بعض عضلات الجسم اوجميعه

ثم انه ينضم للاعراض السابق ذكرها نوب جنون شديدة جدا يعسر فى اثنائها ضبط المرضى بل ولا يندر قصد اعدام حياتهم بيدهم ان لم يضبطوا جيدا وكون المرضى تعض وتفعل اصواتا نبحية اونحوها غير متقطعة لا يحصل ذلك فى النوب الجنونية لهذا المرض اكثر من حصوله فى النوب الجنونية التى تشاهد فى اثناء سير الامراض العقلية الاخرى ولا يندر ان تحذر المرضى بنفسها فى اثناء الفترات التى يندر ان تستمر زيادة عن ربع ساعة اونصف ساعة اهلها ومن كان محيطا بها وتترجاهم السماح عما سيقع منها من قلة الادب وتوصى على احوالها مع سلامة العقل وتخبر بقرب موتها وبعد استمرار النوب التشنجية او الجنونية مدة يومين او ثلاثة مع الازدياد والتكرر تفقد شدتها عند تقدم ضعف المرضى ويندر حصول الموت عند ارتقاء هذا المرض الى اشد درجته فى اثناء نوبة قوية مستمرة بواسطة الاختناق بل العادة ان يزداد ضعف المرضى من ساعة الى اخرى وينبح الصوت ويصير ضعيفا والتنفس سطحيا ويصغر النبض ويصير غير منتظم وسريعا جدا ثم يحصل الموت بظواهر شلل القلب وقد يطرأ ذلك بعد حصول تحسين يغتر منه

وربما توهم ان نوب الجنون التى تطرا فى اثناء سير الكلب انما هى مجرد نتيجة الياس وان من الجائز ان الشخص غير المصاب بالكلب المكابد لآلام الاختناق فى فترات قصيرة مدة يوم او يومين يقع كذلك من حالة الياس فى الجنون ومما يركن اليه فى ذلك التجارب المعلومة من ان الاشخاص ذوات الطبيعة المتبلدة لا تقع فى الجنون عند الاصابة بالكلب لكن هنالك امور تنافى هذا القول لاسيما الامر المحقق من ان فقد الجنون ولو عند من ذكر من الاشخاص ذوات الطبيعة المتبلدة اى عديمة الاحساس يعد من النوادر العظيمة وكذا الدرجة الشديدة التى يصل اليها الجنون عند المصابين بداء الكلب فى الاقرب للعقل ان الجنون عند هؤلاء ليس ينبوعه تعقليا بل ناشئ عن ثوران مرضى منعكس يمتد من المراكز العصبية المحركة لاعصاب

البلعوم والتنفس الى الاعضاء المركزية للوظائف العقلية

ثم ان الوقوع في الخطايا بالنسبة لتشخيص داء الكلب لا يحصل الا متى خفي على الطبيب معرفة السبب فان الاشخاص غير المتمدنين يهملون في اخبار الطبيب بعضة الكلب لو اهية اتى شفيت بسرعة من منذ زمن طويل لا سيما وانهم لا يعتبرون الكلب الذي عضهم مصابا بابتداء الكلب فان هنالك تجارب عديدة ثبت منها ان عضة الكلب نتج عنها هذا الداء قبل هجومه عنده في اثناء دور تفريخ هذا المرض اعني من الاسبوع الثالث الى السادس وقد توجد بعض مشابهة بين نوب الكلب والتيتنوس اللذين فيهما قابلية التنبيه المنعكس ترتقي ارتقاء عظيما بل وقد تظهر تشنجات تيتنوسية في اثناء نوبة الكلب مع تشنجات عضلات الازدراد والتنفس لكن من المعلوم انه في التيتنوس يزول التغيب في التشخيص متى سبق ذلك اصابة المرضى بجرح فان هذا الجرح يندر جدا ان يكون ناتجا عن عض حيوانات سيما الحيوانات المظنون فيها بالكلب وكذا يسهل غالبا معرفة الظواهر الكلبية الشكل التي تظهر في اثناء نوب الجنون الحاد وفي الاشخاص الهوخندريين والاستيريات المتسلطن على افكارهم بانه معتريهم داء الكلب

ثم ان انذار داء الكلب يكاد يكون على الدوام محزنا متى مضى دور التفريخ وظهرت الاعراض الابتدائية لهذا المرض ومع ذلك فهنالك اقوال يظهر انها تدل على حصول امكان الشفا من هذا المرض وهذه الاقوال وان كان يشك في تصديقها لكن لم يكن عندنا تاكيد في اعتبار جميعها باطلا بل من اعتبار احوال التيتنوس القريبة من الكلب وغيرهما من الامراض العصبية الوظيفية يمكن قبول القول بحصول الشفا احيانا من داء الكلب ولو نادرا

﴿المعالجة﴾

المعالجة الواقية تكون بحبس الكلاب من طرف الحكومة المحلية عند ظهور احوال من داء الكلب وهذا امر ضروري وانما يتاخر حصوله غالبا فان الحيوان المكلوب يكون قد عض غيره من الكلاب او الادميين الى حين الاستشعار بوجوده وبوضع كمامة في افواه الكلاب وهي واسطة غير كافية

ايضا فان تلك الكمامات تكون غالبا مصنوعة بكيفية لاتقى مع التاكيد من عض الحيوانات ولان اجراء تلك الواسطة والمحافظة عليها عسر جدا فالواسطة الواقية الاكيدة هى وضع مغرم جسيم جدا على اصحاب الكلاب وغيره من الامور التى يترتب عليها تقليل عدد اقتناء الكلاب جدا

ومن المهم عدم قتل الكلاب المظنون فيها الكلب بل تحبس وتلاحظ احوالها بالدقة فان الموت الذى يطرأ على المكلوب منها بسرعة والظواهر التى يحصل معها اهم النسبة للحكم على كونها مكلوبة من الصفات التشريحية اذلا يتيسر من فعل تلك الصفات عند الكلاب المظنون فيها الكلب مع التاكيد كونها مكلوبة ام لا سيما ان صار قتلها بغتة فقد ترتب على الاقوال الظنية من هذه الحيثية ضرر عظيم وقصارى الامر ان عدم ثبوت شئ بالصفات التشريحية سوى التغيرات النزلية فى الغشاء المخاطى والدم الكثيف وعدم وجود تغيرات مهمة فى اعضاء الكلاب المظنون فيها الكلب توجه بها الظواهر المرضية والموت الفجائى من الامور المهمة التى يرتكن اليها فى تشخيص الكلب مدة الحياة سيما عند وجود بعض الجواهر كالشعر والقش والخرق فى معدة تلك الحيوانات ونحو ذلك من الاشياء التى لا توجد عادة فى معدة الكلاب السليمة وتزدردها بكثرة الكلاب المصابة

ومتى عض شخص من كلب مظنون فيه الكلب تستدعى ولابد المعالجة الواقية افساد المحل الملامس للسم بسرعة ونوصى بانه من الضرورى فى اعتبار الكلب فى كل كلب يعض بدون مهارشة او تعرض او يعض بدون ميل له سابقا فى ذلك والجروح الصغيرة القليلة الادماء تعتبر اكثر خطرا من الجروح العظيمة الواسعة الدامية بكثرة فانها ربما تخلصت بذلك من سم الكلب الواقع فيها ومن الامور التى تنقى بها تلك الجروح غسلها بالدقة ومصها ولو انه لا يرتكن الى هذه الواسطة فالاجود قطع الاجزاء المعضوضة الصغيرة وكى سطح الشق وعندما تكون جروح العض عظيمة ومتعددة فالمتعين فى ذلك الكى على حدته اما بواسطة الحديد المحمى او وهو الاجود بواسطة كاو كيماوى سهل الذوبان فانه يصل بسرعة الى جميع اجزاء الجرح زيادة عما يصل اليه الكى بالحديد ويفضل عن كل من زبدة الانتمون وحمض الازوتيك

وحمض

وحمض الازوتيك وغيرها من الجواهر الكاوية البوتاسا الكاوية فيكوى بها الجرح بقوة بعد غسله بالدقة بواسطة محلول حمض الفينيك ومما يوصى به ايضا عدم ترك الجرح ونفسه للشفاء عقب انفصال الخشكريشة بل حفظه فى التقيح زمنا طويلا باستعمال المراهم المهيجة وهذه الوسائط وان لم تكن أكيدة جدا الكن يؤمل فيها النجاح غالبا كما ابودر باستعمالها بل لا يصح تركها فى الاحوال التى فيها يكون قد مضى على الجرح عدة اسابيع وزيادة عن ذلك يعتبر من الوسائط الواقية استعمال الاستحضارات الزيبقية الى طرق بالتلعب مع استعمال مقادير عظيمة من البلادونا ونحوها من الجواهر المعتبرة مضادة للكلب ومن المشكوك فيه كون هجوم هذا المرض صار امتناعه استعمال احد الجواهر الآتية وهى السكنين والاتروبين والزرنيخ ونحو ذلك فان هذه الجواهر لم يكن لها أدنى تأثير ممكن بعد ظهور هذا المرض فلا تستعمل الا لتسكين روع المريض فقط

متى اتضح هذا المرض فالامل فى شفائه بل فى تلطيف مكابدات المرضى قليل جدا وخدمة المكلوبين عسرة للغاية فلا يناط بها الا اشخاص اصحاب ذمة وجرآة ولا تستعمل الوسائط الجبرية الا عند الضرورة فانها تزيد فى شدة النوب وينبغى تجنب كل المؤثرات المضرة التى ينشأ عنها تردد نوب التشنج وهجوم نوب الجنون ولاجل تلطيف عطش المرضى ينبغى استعمال حقن صغيرة من الماء البارد زمنا فزمنا فانها تمتص بسهولة وتتحملها المرضى وفى الاحوال الحديثة يمكن استعمال الفصد عند الشبان الاقوياء بل و يسوغ تكراره حيث ينتج عنه تلطيف النوب وقتيا ولاجل تلطيف مكابدات المرضى تستعمل المركبات الافيونية او الحقن بالمرفين تحت الجلد بمقدار عظيم ولاسيما الاستنشاق بالكلورفورم حتى يحصل الخدر ولاجل تغذية المرضى الذين لا يمكنهم الازدراد تستعمل لهم الحقن المغذية او ادخال سوائل مغذية فى المعدة بواسطة المجس المروى

(الفصل الثانى)

(فى الامراض القسمية المزمنة)

(* المبحث الاول فى الداء الزهرى)*

قد حصل فى مبحث الداء الزهرى فى العصر المستجد تنوع عظيم بحيث انه قد
صار قبول الآراء المستجدة بسرعة من معظم المؤلفين المخصوصين بهذا الفن
حتى من كان منهم مضادا لها بالكلية من منذ سنين قليلة ونحن كذلك وان
كنا قد ذهبنا فيما تقدم الى ان الرأى القديم القائل بان العدوى بسم زهرى
واحد ينتج عنها تارة اصابة موضعية زهرية وتارة أخرى ينتج عنها مع ذلك
تسمم عمومى زهرى فى الجسم بتمامه غير واضح وغير قريب للعقل وملفتا
للرأى الجديد القائل بان تنوع النتيجة واختلافها ينبنى عليه تنوع السبب
واختلافه أيضا بمعنى انه يوجد نوعان من السم الزهرى احداهما ينتج عنه
على الدوام اصابة موضعية أى قرحة زهرية تنشأ فى محل تأثيره كما ينشأ عنه
احيانا التهاب وتقيح موضعى فى العقد اللمفاوية المجاورة وثانيهما ينتج عنه
على الدوام مع الاصابة الموضعية اصابة بنية أى عمومية وتغيرات غذائية
منتشرة فى الجسم الا انه مع ذلك لم ننضم الى هذا الرأى المستجد القائل
بازدواج السم الزهرى انضماما صريحا مثل ما نحن عليه الآن وبعبارة
أخرى لم نتبع الرأى القائل بان السم الزهرى اثنان لا واحد اتباعا صريحا
ونظن انه من المفيد جدا للقارئ بيان الرأى القديم الذى كان منتشرا ومتبعا
فى السابق على القرحة الزهرية الاولية والنسب الكائنة بينها وبين
الاصابات الزهرية الثانوية وهو انه كان يقال ان افراز القرحة الزهرية
الاولية ذو خواص سمية بها تحدث قرحة زهرية أولية متى أثر على جزء من
الجلد عار عن بشرته أو ذى بشرة رقيقة جدا وذاك احداث التهاب جلدى
نوعى فى محل تأثيره وانه فى كثير من الاحوال ينطفى بذلك تأثير هذا السم
الزهرى ويزول كلية بحيث ان امكن فساد القرحة الزهرية الاولية أو شفاؤها
بها قبل ان ينشأ عنها تسمم فى البنية بتمامها بقى المرض موضعيا لكن ان لم
يتأت ذلك اعقب القرحة الاولية الموضعية بعد تسمم الجسم بالسم الزهرى
وانتشاره فيه اضطرابات غذائية فى اجزاء بعيدة من محل الاصابة الوضعية
وهى الاصابات الزهرية التابعة الثانوية والثلاثية وكان يعتبر التيبس
الذى يتكون فى حوافى القرحة الاولية أو قاعها علامة مهمة يستدل مع
التأكيد على ان تسمم الجسم بالسم الزهرى آخذ فى الحصول أو قد حصل

بالفعل

بالفعل ولذا كان من الواضح ان القروح الزهرية الاولية الحديثة غير المتيبسة كان يحتمل فسادها بواسطة المكاويات الشديدة وأما القروح القديمة المتيبسة فانها كانت تعالج بواسطة الجواهر الدوائية المضادة للديسكراز يا الزهرية سيما بواسطة المركبات الزئبقية التي تعتبر نوعية في هذا المرض ومضادة للسم الزهري وبالجملة فقد اعتبر اغلب المؤلفين المشتغلين بالداء الزهري تبعا للمعلم (ريكور) ان هذا المرض لا ينتشر الا بواسطة الاصابات الزهرية الاوليه أعني ان افراز القروح الزهرية الاولية هو الحامل الوحيد للسم الزهري وان هذا السم لا يوجد في افراز الاصابات الزهرية الثانوية ولا دم المصابين بالداء الزهري ولا في افرازتهم لكن هذا الرأي لم يتفق عليه الاطباء المشتغلون بالطب العملي ونحن ان اردنا توضيح كيفية ما أوقع كل رأي من هذا المذهب في الخطا بعد بالآخر ثم نفيه بالكلية حتى صار التأكيد من ان هذا المذهب كله مبني على خطاء في توجيه حقايقه لطال علينا الامر وخرجنا عن الموضوع وانما عند ايضاح المذهب الجديد وبيانه سنذكر مع الاختصار بعضا من أوجه هذا الخطاء

ولنتكلم أولا في هذا المبحث على الشنكر أعني القرحة الزهرية الرخوة الموضعية ثم على الخبيرجل الزهري الحاد أو القرحة الغددية الزهرية ثم نعقب ذلك بالتكلم على الداء الزهري البنيي الذي أول ظواهره التيبس الزهري الاولى والقرحة الزهرية الاولية اليابسة ولا تسمى هذه القرحة الاخيرة بالشنكر فلا نطلق هذه التسمية عليها تبعا لمعظم المؤلفين المستجدين بل نجعل هذه اللفظة خاصة بالقرحة الزهرية الاولية الرخوة الموضعية فنقول أولا

(في الشنكر)

(تنبيه لا مانع من افراز الشنكر وشرحه بالمعنى السابق عن فن الداء الزهري تبعا للمذهب المستجد وشرحه مع السيلان المجري وعده من امراض الاعضاء التناسلية الظاهرة غير ان هذا الامر وان كان فيه زيادة دقة والتفات ليس جيدا بالنسبة للطب العملي لكثرة وجود القرحة الرخوة مع التيبس الزهري والقرحة الزهرية اليابسة في آن واحد)

الشنكر ويسمى أيضا بالشنكر الرخو وعلى بالقرحة الزهرية الاولية اليابسة

المسماة بالشنكر اليابس ويسميه بعض المؤلفين بالشنكروشبه الشنكر
بخلاف لفظ شنكر فاطلاقه على القرحة الزهرية الاولية اليابسة وبالجملة
فبعض المؤلفين المختصين بالداء الزهرى يسمون الشنكر بالقرحة الزهرية
بالتسمية الموضعية خلافا للقرحة الزهرية الاولية اليابسة فيسمونها
بالقرحة الزهرية التسممية الانتشارية والاولى اتحاد المؤلفين على تسمية
هذين المرضين منعا للغلط الناشئ من اختلاط التسمية فنعنى بالشنكر
القرحة الزهرية الرخوة الموضعية فقط

(كيفية الظهور والاسباب)

لا نتعرض هنا للكلام على ينبوع سم القرحة الزهرية الرخوة الموضعية اى
الشنكر اذ لا يمكننا الحكم عليه الا من الامور المعلومة غير المشكوك فيها
ان سم الشنكر لا يظهر ظهورا ذاتيا وانه الى وقتنا هذا لم تعتبر هذه القرحة
احد الا ويكون قد حصل عنده تسمم بمادتها المسماة بالقرحة الزهرية
الرخوة حينئذ تعد من الامراض المعدية المحضة ولذا يجوز تسمية سم القرحة
الزهرية الرخوة بالاصل المعدى الشنكرى
ثم ان الاصل المعدى لهذه القرحة ليس من طبيعة طيارة مثل الاصل المعدى
لكل من الحصبة والقرمزية والجدرى حيث لا يمكنه الانتقال بواسطة الهواء
وعدوى الاشخاص المغمورين فيه بل انه ذو طبيعة ثابتة متشبث بافراز
القرحة الشنكرية والشنكرية الغددية ولا يمكن اثبات وجود سم هذه القرحة
فى الافراز الحامل له بواسطة البحث الميكروسكوبى او الكيماوى فان القيح
المعطى للشنكر ومتحصل الخيرجل الشنكرى الغددى لا يختلف فى شئ
بالنسبة لشكله وتركيبه الكيماوى عن غيره من الافراز التقيحى لقروح
اخرى ومتحصل خراجات غددية اخرى والاستعداد للاصابة بالقرحة
الزهرية الرخوة منتشر جدا وربما كان انتشار الاستعداد للاصابة بها زيادة
عن غيرها من الامراض فانه يظهر ان كلا من السن والنوع والبنية ليس
له ادنى تأثير لكثرة القابلية بالعدوى بالاصل المعدى لهذا المرض او قلتها
واما كثرة اصابة الاشخاص البالغين المتمتعين بقوة الشهوية للشكر
زيادة عن الاطفال والشيوخ والاقويا عن الضعفاء وكثرة اصابة الرجال

لها زيادة عن النساء فانها لا تنسب الا الى تعرض الاولين دون الآخرين لا لزيادة قابليتهم للعدوى ويسهل اصابة الاشخاص ارقاء بشرة الجلد وعدواهم بهذا المرض زيادة عن غيرهم وماذاك الا من كونه يعترى بشرتهم تفرق اتصال باقل مؤثر أو احتكاك وبذاك يؤثر السم الزهرى على الادمة العارية مباشرة

وقد استنتج من تلقيح سم القروح الشنكرية بالصناعة ان الاصابة المتكررة بالسم الشنكرى ينتج عنها انطفاء الاستعداد للاصابة والعدوى به

ثم ان عدوى القرحة الزهرية الرخوة أكثر حصولها يكون بواسطة الجماع مع شخص مصاب بها فان العدوى وان أمكن حصولها بواسطة التقبيل او الاحتكاك أو استعمال المراحيض أو شبكات الدخان أو كوبات الشرب أو غيرها من الاوانى الملوثة بالاصل المعدى الشنكرى وكذا الاطبا والقوابل عند جس النساء والعكس بالعكس بمعنى ان النساء قد يحصل عدواهن بواسطة جس الاطبا أو القوابل لهن الا ان جميع هذه الاسباب المتممة لحصول العدوى بالقرحة الزهرية الرخوة نادرة جدا بالنسبة لحصول هذا المرض بواسطة الجماع الدنس ولو بالغ فيها كثير من المرضى

وتفرق اتصال الادمة أو البشرة عند الجماع فى المحال الملامسة للسم الزهرى من أعضاء التناسل يعين على حصول العدوى لكن ليس من الثبوت حصول تفرق الاتصال المذكور على الدوام حتى تحصل العدوى بل لا يندر بعكس ذلك حصول قروح زهرية رخوة فى محال من أعضاء التناسل لا يشاهد فيها ولو بالبحث الدقيق جدا أدنى تفرق اتصال فى البشرة عقب الجماع حالا وكذا تحصل العدوى فى الاجزاء الرقيقة البشرة جدا بدون تفرق اتصال فيها كالشفتين وحلمة الثدى وأما الاجزاء السميكة البشرة كالايدى فانها تلامس السم الزهرى بدون أدنى تأثر ما لم يوجد فى البشرة تفرق اتصال

فالمجلس الغالب للقروح الزهرية الرخوة تبعا لذلك هو الاعضاء التناسلية واندر من ذلك حصولها فى الاست و بين الثديين وفى الفم والايدى

﴿ الاعراض والسير ﴾

دور تفريخ الاصل المعدى للشنكر قصير جدا تبعا لمعظم المؤلفين المعتبرين بل ذهب الشهير ريكور الى انه لا يوجد دور تفريخ لهذا المرض وانه يعقب تأثير السم حالا تغيرات فى محل تأثيره لا تدرك فى معظم الاحوال بسبب دقتها

وسير القرحة الزهرية الرخوة الملقحة بالصناعة هو انه متى لقح بالمادة السمية المنفرزة من هذه القرحة أسفل البشرة بواسطة وخز ريشة لا تشاهد تغيرات فى محل التلقيح فى الاربع والعشرين ساعة الاول ثم بعد ست وثلاثين ساعة يشاهد احمرار خفيف وبعد ثمان واربعين ساعة تشاهد نكتة محمرة ثم فى أثناء اليوم الثالث ترتفع هذه النكتة وتصير حلمة مطحية وفى اليوم الرابع تنشأ حويصلة محاطة بهالة حمراء وذلك عقب ارتفاع البشرة وتحصل هذه الحويصلة بصير فى اليوم الثانى مصفرا صديديا بحيث تستحيل الى بثرة والجزء المغطى لهذه البثرة ينفجر من اليوم الخامس الى الثامن أو يجف مع تحصل البثرة نفسها فيشاهد عقب انفجار البشرة أو سقوط خشكريشتها المتكونة الجافة قرحة فى عظم رأس الدبوس او العدسة وهذه القرحة تكون مستديرة غائرة فى الجلد وحافتها محاطة باحمرار أوذيماوى وتكون مقطوعة باستواء وفى اليوم التالى لذلك تتسع القرحة وتعظم لان كلا من قاعها وحوافيها يعتريه تغير التهابى دفتيرى واللون السنجابى لقاع القرحة الشبيه بالشحم الوسخ ينشأ عن كون جزئيات جوهر هذه القرحة يقع فى التأكل والفساد ولكون الفساد الدفتيرى فى دائرة القرحة غير منتظم تكتسب هذه القرحة شكلا مشرزما وصار افساد الجزء الملقح فى الايام الاربعة الاول بواسطة جوهر كاو امكن غالبا قطع سير التغير المرضى التقرحى المفسد الذى ينتج عن السم الشنكرى واما بعد اليوم الرابع فلا يمكن ذلك غالبا

واما سير القرحة الزهرية الرخوة العارضية ففيه يعقب تكون النكتة الحمراء او الحلمة التابعة لها تغاس فى البشرة بجملة مرات فينشأ عن ذلك تسلخ او فقد جوهر او ان هذه القرحة تعقب حويصلة او بثرة تنفجر او انها وهو الغالب تعقب جرحا خطيا على هيئة الشق الرفيع متسع فالا يلتئم بل يتغطى بنضح

وسخ والقرحة الناشئة بهذه الكيفية لا تظهر دائما بأوصاف مخصوصة بحيث يمكن تمييزها عن غيرها من القروح ولذا يجب على الطبيب فى مثل هذه الاحوال المتغيهب فيها ان يلقح للمريض نفسه فى احد فخذيه بالافراز المأخوذ من القرحة ثم تغطى وخزات التلقيح بلوحة مقعرة من الزجاج تثبت باشرطة من مشمع وسنذكر فيما يأتى ان التلقيح بافراز القرحة الزهرية الرخوة عند المصاب بها لا يحصل منه نتائج تابعية فان نجح التلقيح وظهر فى محله التغيرات السابق ذكرها فلا يشك حينئذ فى أن المريض مصاب بقرحه زهرية رخوة وسنذكر الآن مع الاختصار الاشكال الكثيرة المشاهدة للقرحة الزهرية الرخوة البسيطة غير المضاعفة ثم نذكر فيما بعد تنوعات هذه القرحة التى تنشأ عن مضاعفتها بالتيبس الزهرى وذلك بعد ان نشرح سير القروح الزهرية الاولية الرخوة فنقول

اما الشنكر الاعتيادى المعروف ايضا بالدفتيرى او الغشائى التقرحى فانه شكل يعرف بقاعه الشحمى وبتشرزم حوافيه او بانقطاعها انقطاعا عاموديا بحيث يظهر فقد الجوهر كانه منقطع بخرطة حلقية ومجلس هذا عند الرجال بالاكثر الوريقة الظاهرة من القلفة وجلد القضيب ويندران يكون مجلسه الوريقة الباطنة من القلفة والحشفة وقيد القضيب وان كان مجلسه قيد القضيب فانه يكاد يتكون منه قرحة ثاقبة لهذا الجزء عسرة الشفا وان كان مجلسه الجزء المنعطف من القلفة على الحشفة امتد بسهولة حول تاج الحشفة امتدادا عظيما بواسطة تلقيحه الذاتى وان امتدت هذه القرحة الى الباطن حصل ارتشاح المنسوج الخلوى الهش تحت الجلد بالافراز الزهرى فيتكون عن ذلك خراجات زهرية وان كان مجلس هذه القرحة فى الحشفة فانها تغور نحو الباطن زيادة عنها اذا كان مجلسها القلفة ومع ذلك فمن النادر حصول تثقبات واصلة الى قناة مجرى البول بها تتكون نواصير بولية ويندر ان يكون مجلس هذه القرحة فوهة مجرى البول نفسها وفى هذه الحالة الاخيرة تبتدئ القرحة بفوهة قناة مجرى البول فيشاهد حينئذ على شفتى هذه الفوهة المنتفختين المحمرتين احمرارا كافقد جوهر عند شيأ فشيأ نحو الباطن وفى احوال اخرى يكون مجلس هذه القرحة غائرا فى قناة مجرى

البول فلا يستدل على وجودها الا بخروج السائل الصديدى وبالآلام القاصرة على مقر محدود من مجرى البول تزداد عند التبول وبالضغط الظاهرى على هذا الجزء وان كانت هذه القرحة مختفية فى قناة مجرى البول ولم تكن مضاعفة بسيلان مجرى امكن معرفتها بسهولة فان قلة كمية السائل الصديدى الخارج من قناة مجرى البول تمنعنا عن اختلاطها بالسيلان المجرى لكن ايضاح التشخيص لا يتأتى الا بواسطة التلقيح واما ان كان الغشاء المخاطى لمجرى البول محلا للسيلان مجرى فى آن واحد بقيت هذه القرحة الزهرية غير معلومة غالبا فانه مع غزارة السائل وفقد عدة من الظواهر المرضية الواضحة يكاد يهمل فى فعل التلقيح على الدوام

واما مجلس هذه القرحة عند النساء فهو الفرج سيما الزاوية السفلى وفوهة المهبل ومن النادر جدا ان يكون محلها قناة المهبل او الجزء المهبلى من الرحم وعندما يأخذ هذا الشكل من هذه القرحة فى الشفاء يزول التآكل والفساد من قاعها مع الهيئة الشحمية ايضا (فيقال انها اخذت فى النظافة) ويتكون على كل من هذه القرحة وحوافيها ازرار لحمية تعوض فقد الجوهر شيأ فشيأ وعلى حسب امتداد هذه القرحة وعددها يخلف شفاؤها ندبة التحامية منشعة كثيرة الوضوح او قليلته وتختلف مدة شفائها فقد توجد قروح زهرية رخوة تنظف بعد ٨ ايام الى ١٤ وتتغطى بازرار لحمية وتستحيل الى قروح بسيطة اى لا تفرز صديدا قابلا للتلقيح وقد توجد جملة قروح اخرى تستمر جملة اشهر تأخذ فى الاتساع وتبقى حافظة لشكلها الخاص وحوافيها المشرزمة أو المنقطعة باستواء وقاعها الشحمى وصديدها القابل للتلقيح

واما القرحة الزهرية الرخوة السطحية المفرطحة فهى شكل يحصل عند الرجال على الحشفة والقلفة غالبا وعند النساء بين الشفرين العظيمين والصغيرين وفوهة المهبل والجزء المهبلى من الرحم كما يحصل عند النوعين على السطح الظاهر من الجلد وشكل هذه القرحة ان كان مجلسها الحشفة شوهد غالبا على الوريقة الباطنة من القلفة قرحة شكلها يشبه بالكلية شكل القرحة الكائنة على الحشفة فكأنها منطبعة عليها وشكل هذه القرحة يكون غير منتظم وسطحها الظاهر نظير هيئته كأن البشرة ارتفعت من فوقه بواسطة

ماءمغلى وتكون محاطة فى دائرتها بحوية مبيضة ولا يمتد التقرح والفساد فى الغور مطلقا وان كان مجلسها افوهة القلفة حصل تسلخ فى الثنيات به يصير جذب القلفة الى الخلف مؤلما جدا وكثيرا ما يؤدى هذا الشكل الى اختناق القلفة المقدم او الخلفى وفى الحالة الاولى يكاد لا يمكن تمييزه عن السيلان القلفى الا بواسطة التلقيح وان كان مجلس هذه القرحة الزهرية السطحية ظاهر الجلد حصل جفاف فى افرازها القليل الكمية وتغطية الجزء المتسلخ بقشرة رقيقة بحيث لا يشاهد الا بعد وضع وسائط ملينة مزيلة للقشرة وحينئذ يشاهد ذا لون احمر مصفر مغطى بقليل من الافراز

واما القرحة الزهرية الجرابية فهو شكل يصيب احد الاجربة الدهنية ويعرف بسطحه الصغير جدا وكثرة غوره وهذه القرحة تحفظ شكلها المستدير المنتظم مدة طويلة من الزمن

واما القرحة الرخوة الاكالة فانها تنشأ غالبا عن الشنكر الاعتيادى وهذه القرحة تعرف بافرازها الصديدى السائل الكريه الرائحة وبشكلها الغير المنتظم وبقاعها الغير المستوى السحابى المبيض المتكون من منسوج ونضح منفسدين وبحوافيها المشرزمة المزرقة وتكون محاطة بهالة حمراء نحاسية وتمتد بسرعة فتهتك القلفة والحشفة والجلد الظاهر للقضيب والصفن عند الرجال والشفرين والمجان والجلد المحيط بالاست عند النساء وهذه القرحة الاكالة لا تشاهد الا عند الاشخاص المنهوكى البنية المعتريهم سوء القنية وتفقد صفاتها الخبيثة عند تحسين حالة البنية العامة وحينئذ يحد الفساد فالطبقة الدفتيرية تنفصل من قاع القرحة شيأ فشيأ فتتكون ازرار لحمية سليمة وحينئذ تستحيل هذه القرحة الاكالة الخبيثة الى قرحة بسيطة لها ميل للالتحام ثم اذا لم تتحسن بنية المريض وحالته العامة بل حصل اضعافها وافسادها زيادة عما كانت عليه سيما باستعمال المركبات الزيبقية تضاعف التقرح المفسد الذى يتقدم جدا بحمى الدق فينتهك المريض ويؤل حاله الى الهلاك

وأما الشنكر الغنغرينى فهو عبارة عن تنوع فى القرحة الدفتيرية الاكالة وقد يخالف القرحة الاعتيادية بان يتحول كل من قاع أحد شكلى

القرحتين الاوليتين الى خشكريشة غنغرينية ذات لون رصاصي ثم تسود وتصير عديمة الاحساس وهذه الخشكريشة تكون محاطة باحمرار دا كن وبانتفاخ أوذيماوى عظيم وبامتداد الغنغرينا وسعها ينلاشى جزء عظيم من الشفرين والقضيب والصفن بل ويمكن أن تصير حياة المريض فى خطر عظيم من الاضطراب العام الذى يصاحب حالة التغير الغنغرينى وفى أحوال اخرى يمتد التغنغر بسرعة فيتكون حد فاصل فتنفصل الاجزاء المتغنغرة ويشفى هذا التقرح بعد فقد جوهر متفاوت العظم وأسباب تغنغر القروح الزهرية الرخوة مجهول لنا فانه قد تشاهد قروح زهرية غنغرينية بكثرة فى بعض الازمنة أو أقلها أكثر من ازمنة اخرى عقب مؤثرات غير معلومة ومع ذلك فقد يكون التغنغر ناتجا عن اسباب ميخانيكية كتوتر الاجزاء الملتهبة وانجذابها سيما عند المضاعفة باختناق القلفة المقدم او الخلفى المعروف بالفيموزس والبرافيموزس

﴿المعالجة﴾

كلما زاد انتشار القول بان القرحة الزهرية الرخوة المعروفة بالشنكر لا تؤدى مطلقا الى الزهرى البنى كلما نقصت العادة الرديئة باستعمال المركبات الزيبقية عند المرضى المصابة بهذه القروح وتقدم علم الطب فى هذا الاتجاه نتجت عنه ثمرة عملية بسرعة ولاشك ان هذه الثمرة ذات فائدة عظمى فعلى الطبيب ان يتفطن الى انه سابقا كان نصف الاطباء يعالج جميع المرضى المصابة بقروح زهرية رخوة بواسطة الاستحضارات الزيبقية معالجة منتظمة زعما منهم مع الخطاء انهم يحفظون بذلك المرضى من حصول الداء الزهرى البنى ومن حصول التيبس للقرحة الزهرية عندهم وكانوا بذلك يحدثون التلف فى صحة المرضى المنوطين بمعالجتهم بواسطة هذا الجوهر السمى فالطبيب الذى يعالج الآن مريضه المصاب بقرحة زهرية رخوة بسيطة بالمركبات الزيبقية يخطئ ولابد خطأ عظيما ومن جهة اخرى نعتقد انه من الخطأ ايضا الاقتصار فى معالجة الشنكر على معالجة موضعية فان هذه القرحة تشفى بسرعة كلما كان الشخص المصاب محافظا على استعمال وسائط صحية جيدة ومصونا مدة مرضه عن

المؤثرات المضرة عموما فتى سمحت حالة المريض ببقائه فى محله وجب ان يوصى بملازمته لمسكنه او بمنعه بالاقل عن المشى غير الضرورى وحيث ان أغلب المرضى المصابين بالقرحة الزهرية الرخوة يكونون غالبا فى حالة الشبوبية وقوة البنية و يستعملون المآكل القوية والمشارب الروحية بكثرة ونحو ذلك وجب امرهم فى غالب الاحوال باستعمال حمية لطيفة (بان يعطى لهم شربة مائية فى الصباح والمساء وشربة من أمراق اللحوم وقليلا من اللحوم فى وسط النهار) ومنعهم من استعمال القهوة والنبيذ والبوزة وغيرها من المشروبات الروحية واعطائهم مقادير صغيرة من الاملاح المسهلة بأن يعطى لهم فى الصباح كوبة أو اثنتين من المياه الطبيعية الملحية المسهلة كماء بوللنا وفريدرسكهال والقروح الزهرية الرخوة يحصل شفاؤها بسرعة عند استعمال المعالجة المذكورة أكثر مما اذا صار اهمال التدبير الصحى الجيد انما ينبغى كما اشرنا الى ذلك فيما سبق الالتفات الى حالة الشخص ومعيشته القوية مع الافراط من المآكل والمشارب فان هذا التدبير الغذائى لا ينجح بل يحصل منه تأخير فى شفاء القروح الزهرية الرخوة ان كان المتمسكون به مرضى ردئ التغذية ومعتريهم حالة سوء القنية فعلى الطبيب ان يوصى مثل هؤلاء الاشخاص بتدبير غذائى جيد مع اعطائهم قليلا من النبيذ والبوزة فان هذه الوسائط تحدث تأثيرا جيدا فى شفاء القروح الزهرية التى نحن بصددها

وأما المعالجة الموضعية للشنكر فانها مؤسسة على القواعد المؤسسة عليها معالجة القروح الضعيفة فان هذه القرحة الزهرية الرخوة اوضح نوع منها فيوصى الى اليوم الرابع أو السابع بافساد نوعية هذه القرحة وطبيعتها بواسطة جوهر كاو واجود الجواهر استعمالا هى البوتاسا الكاوية الجافة او عجينة فينا (المركبة من خمسة اجزاء من الكلس الكاوى وستة اجزاء من البوتاسا الكاوية) او كلورور الزنك الذى ينتج عنه خشكريشة جافة بأن يؤخذ من كلورور الزنك ومن زبدة الانتمون من كل منهما جرام ثمانية اعنى درهمين تمزج او تعمل بجينة رخوة مع مسحوق جذور الخطمية

و يفضل سبحموند المحلول المركز من سلفات النحاس أيضا جزء منه على اربعة

من الماء واما سيسل فيفضل الحجر الجهنمى على شكل اقلام او محلول مركز جدا اثنان منه على عشرة اجزاء من الماء فان الكى بهذا المحلول يحدث فسادا غائرا فى المنسوج المتشبع باسم الشنكرى زيادة عن الكى بالقلم والاجود عدم الكى بعد اليوم السابع وسقوط الخشكريشة اذ بذلك يتأخر حصول الشفاء بدلا عن تقدمه والاوفق تجنب استعمال المراهم وغسل القروح بسائل منبه او قابض خفيف كمنقوع البابونج وتغطيتها بنسالة مبتلة به واكثر ما يستعمل للغيار على هذه القروح النبيذ العطرى والماء الاكال الاسود المركب من

زيبق حلو	٢	جرام
ماء الجير	٦٠	جرام

تمزج مع بعضها والماء الاكال الاصفر المركب من

بى كلورور الزيبق اعنى السليمانى	٦	سنتجرام (اعنى قمحة)
ماء الجير	٦٠	جرام

فتبل النسالة من هذين السائلين

ومن الممدوح بكثرة السائل القابض الذى يستعمله المعلم برنس ريخ وهو محلول كبريتات النحاس المركب من

كبريتات النحاس	١	ديسى جرام (اعنى قمحتين)
ماء قراح	٦٠	جرام اعنى اوقيتين

وان كانت القرحة الزهرية الرخوة مؤلمة جدا كثيرة الافراز والاجزاء المحيطة بها ملتهبة فالاجود استعمال مكمدات من محلول خلات الرصاص مع الحمامات الموضعية الباردة ويكفى عادة الغيار على القرحة مرتين فى اليوم وذلك بعد غسلها بلطف واستعمال حمام موضعى فاتر من منقوع البابونج مع قليل من النبيذ العطرى فان كثرة التغيير على القرحة غير جيد وان بقى قاع القرحة مع استمرار هذه المعالجة حافظا الهيئته الشحمية وجب ان يذر عليه طبقة خفيفة من الراسب الاحمر وان فقدت القرحة هيئتها النوعية الخاصة وتأخر الشفاء مع ذلك وجب مسها مسا خفيفا بالحجر الجهنمى او الغيار عليها بمحلول كبريتات الزنك او خلات الرصاص وان حصل تثقب فى قيد القضيب وجبت المبادرة

بقطع القنطرة الباقية وان لم يمكن الغيار على القرحة بسبب الاختناق المقدم للقلفة وجب اجراء الحقن بكيفية منتظمة حتى يمتنع تراكم الافراز تحتها وقد يستدعى الحال لاجراء عملية الفيموزس أعنى الختان لكن لا ينبغى فعل هذه العملية الا فى الاحوال الضرورية جدا لان جميع سطح الشق يستحيل الى قرحة زهرية

وفى معالجة القرحة الزهرية الاكالة ينبغى ابتداء مراعاة الحالة العامة للبنية فبدلا عن الحمية المضعفة يعطى للمريض الاغذية المقوية والنبيذ احيانا والكينا والمركبات الحديدية مع مراعاة النظافة التامة ويوصى باستعمال مكمدات من محلول خلات الرصاص المخفف او سترات الحديد او محلول كلورور الجير للغيار على هذه القرحة فيؤخذ من خلات الرصاص $\frac{٢}{١٠٠}$ (من الماء) ومن محلول سترات الحديد $\frac{١}{١٠٠}$ (من الماء) أو محلول كلورور الجير من ١٥ الى ٣٠ جرام على ١٨٠ (من الماء) ومعالجة القروح الزهرية الغنغرينية مؤسسة على قواعد تشبه السابقة مع ملاحظة القواعد الجراحية الموصى بها فى معالجة الغنغرينا

تذييل الشنكر الغددى يعرف بالخيرجل الحاد وبالخيرجل الغددى وبالقرحة الغددية الحادة

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

السم الشنكرى كما انه محقق الوجود ولا بد فى افراز القرحة الزهرية الرخوة بدون ان يمكننا عزله على حدته وانه بتلقيحه وتأثيره على اجزاء اخرى من الجسم يحدث فيها التهاب وتقرح فكذلك قد يمتص هذا السم بالاوعية الليمفاوية و يسرى الى الغدد الليمفاوية المجاورة فيحدث فيها التهاب نوعى وتقرح والغدد الليمفاوية الملتهبة بواسطة تشرب السم الشنكرى تسمى بالخيرجل الحاد وبالخيرجل التسممى والاجود تسميتها بالشنكر الغددى او القرحة الغددية الرخوة ولا تؤدى جميع القروح الزهرية الرخوة الى هذا الالتهاب الغددى فتصحب هذه الخيرجلات الشنكرية الحادة بالاكثر قروح قيد القضيب و يظهر ان كلا من الاهمال فى النظافة والمعالجة المهيجة

يعين على امتصاص السم الزهرى وحصول القروح الغددية الرخوة ومن الجائز حصوله فى بعض الاحوال النادرة ان السم الشنكرى الواصل الى الادمة من خلال البشرة قد لا يحدث فى محل نفوذه اضطرابات غذائية التهابية تقرحية وانه يمتص بواسطة الاجزاء اللينفاوية ومنها يصل الى الغدد المجاورة فيحدث فيها التهاب نوعى تقرحى والخيرجل الذى من هذا القبيل اى الذى لم يسبق بقرحة زهرية رخوة يسمى بالخيرجل الابتدائى

﴿الاعراض والسير﴾

التهاب العقد اللينفاوية الشنكرية يظهر فى الاسبوع الثانى او الثالث او الرابع ويندر ان يتأخر ظهوره الى الاسبوع الخامس او السادس وقد يظهر احيانا فى الايام الاول بعد ظهور القرحة الزهرية الرخوة واعراض هذه المضاعفة الثقيلة هى احساس مؤلم فى الجزء الاربى قريب من اعضاء التناسل وعند النظر بالبحث والجس يشاهد فى هذا المحل ورم كثير الحساسية جدا مؤلم باقل ضغط وهذا الورم يكون عبارة عن عقد لينفاوية اوربية منتفخة وكل من الالم الشديد الذى لا يكون بنسبة الانتفاخ القليل وقرب هذا الانتفاخ من اعضاء التناسل وكون احد العقد اللينفاوية هو المنتفخ بانفراده وليس بعدد عظيم منها يستنتج منه ان المريض مصاب بخيرجل زهرى شنكرى حاد وليس بخيرجلات عرضية (اى التهاب تابعى فى عدد عظيم من العقد اللينفاوية الاوربية) وليس بانتفاخ زهرى فى العقد اللينفاوية ناتج عن التسمم الزهرى البنيى كما سنتكلم عليه فيما سيأتى ومن النادر ان يتحلل هذا الالتهاب بان يزول كل من انتفاخ العقدة اللينفاوية الملتهبة والمها زوالا تدريجيا ويبعد عن العقل ان الالتهاب قد امتد من محل التقرح الكائن فى اعضاء التناسل الى العقدة اللينفاوية بواسطة الاوعية اللينفاوية بدون ان يكون السم الشنكرى قد وصل الى هذه العقدة وبعبارة اخرى ان الخيرجل هنا عرضى اى تابعى فان امتداد الالتهاب وسعيه بواسطة الاوعية اللينفاوية الى العقدة اللينفاوية المجاورة ليس بنادر فى القروح الجلدية الجيدة واكثر من ذلك حصولا بل قد يحصل على الدوام فى احوال الخيرجلات الزهرية الشنكرية ان يتكون صديد فى الغدة الملتهبة يثقب غلاف الغدة

بسرعة فى الاحوال الجيدة والجلد المغطى لها والملتصق بها وفى أحوال أخرى يصير المنسوج الخلوى المحيط بالغدة محلا للارتشاح التهابى فى امتداد عظيم فالورم يبلغ حجما عظيما غير قابل للتحرك و يتعذر على المرضى المشى فيظهر عليهم تحاشى الجهة المريضة عند المشى ويجتهدون فى اخفاء ذلك

وعند الاشخاص الذين يوجد عندهم استعداد للحمى يحصل ارتفاع فى درجة الحرارة وسرعة فى النبض واضطراب فى الحالة العامة وغيرها من الظواهر الحمية وحينئذ يمضى زمن طويل قبل ان يحمر الجلد ويتضح التموج فى محل محدود وعند فعل فتحة فى هذا المحل بسن مشرط او انفجاره من ذاته عقب تلون الجلد بلون احمر داكن ورقته وخروج الصديد لا يزول الانتفاخ من الورم الا فى جزء صغير بحيث يبقى حافظا لحجم كقبضة اليد ولشكل غير مستو ذى تحدبات وفيما بعد يظهر تموج فى محلات اخرى يخرج الصديد منها عقب انفجارها لكن كثيرا ما يستمر الحال جملة اسابيع بل واشهر قبل ان يتناقص حجم الورم ولو مع تكون جملة خراجات وانفتاحها ويشاهد هذا السير المستطيل المستعصى فى الخيرجل الحادمتى انسكب الصديد من الغدة الالمنفاوية الملتهبة الى ماحولها وتكون عنه قنوات ناصورية ونحو ذلك وكذا يصير سير هذا الخيرجل مستطيلا مستعصيا متى انسكب الصديد من الغدة المتقيحة فى الاجزاء المجاورة وسرى خلالها وكون فيها قنوات ناصورية اومتى لم يمزق الصديد المجتمع فى الغدة غلافها الا بعد انتهاء هذا الالتهاب الفلغمونى فى الاجزاء المحيطة بالتقيح فى محال متعددة وبعد انفجار الغدة الملتهبة واستفراغ الصديد تبقى قرحة مماثلة للقرحة الزهرية الرخوة تفرز منها مادة قابلة للتلقيح وهذه القرحة تكون ذات حواف غير منتظمة حمرا مزرقة منفصلة عما تحتها من الاجزاء وذات قاع شحمى ولا تميل للالتحام الا بعد زمن طويل والقرحة الشنكرية الناشئة عن خيرجل متقيح يمكن ان تكتسب شكل الشنكر الاكال او الغنغرينى فينتج عنها فى مثل هذه الاحوال تهتكات عظيمة بل وتأكل فى الاوعية الفخذية الغليظة او التهاب بريتونى

﴿المعالجة﴾

متى انضم الى القرحة الزهرية الرخوة التهاب عقدى تسممى كان الامل فى التحلل قليلا جدا بحيث لا يجدى نفعا غالبا استعمال كل من ارسال العلق والدلك بالمرهم الزيبقى ووضع رباط ضاغط وغير ذلك من الطرق العلاجية الموصى بها لاجل تحليل الخيرجلات وحينئذ فالاوفق الامتناع عن استعمال هذه الوسائط غالبا والافضل اما تغطية الخيرجل الشنكرى الحاد بقطعة من الشمع الاعتيادى أو الزئبقى يثبت برباط اوربى او استعمال المكمدات الباردة اللطيفة مع الراحة فى الفراش والحمية القاسية فانه فى بعض الاحوال قد يتحلل الخيرجل بهذه الطريقة البسيطة وفى غير ذلك من الاحوال قد ينتهى الخيرجل بالتقيح بدون تعب للمرضى ومتى ظهر التموج بسرعة فى جزء محدود من الغدة نفسها ينبغى استفراغها بواسطة شق او جملة شقوق واما اذا كان المنسوج الخلوى المحيط بالغدة مجلسا لالتهاب فلغمونى وظهر التموج فى جزء من الاجزاء الملتهبة المحيطة بالغدة لا فى الغدة المتقيحة نفسها فلا ينبغى المبادرة بفتح الخراج بل ينبغى التأنى حتى يتم تقيح الاجزاء المحيطة بالجزء اللين او يزول تيبسها بواسطة ضغط القيح عليها وعند حصول ذلك وتمامه ان كان الجلد المغطى للمحل المتموج رقيقا جدا ينبغى احالة جميع الجزء المغطى للخراج من الجلد الى خشكريشة بواسطة مسه مسا مستمرا بالبوتاسا الكاوية او وضع عجينة ويينة وهذه الطريقة وان كانت مؤلمة جدا الا انها ذات منفعة عظيمة لكونها تمنع من تكون قروح ناصورية وحواف منفصلة تعوق الالتحام بل ان هذه الطريقة ينفصل بها غطاء الخراج دفعة واحدة فتتكون القرحة فى اول يوم بعد انفصال الخشكريشة مكتسبة لشكل قابل للالتحام وبهذه الطريقة يحصل الشفاء تبعا لتجاربنا فى زمن أقرب جدا مما اذا صار شق كل جزء ظهر فيه التموج على حدته مع شق القروح الناصورية المتكونة وكشط الحوافى المنفصلة وقد استعمل فى العصر المتأخر طريقة علاجية اخرى فى معالجة الخيرجلات الشنكرية لمنع الامتداد التقيحى ولاحداث التحلل وهى تغطية الخيرجل بمنفطة ثم فتح الفقاعة المتكونة مع غاية الاحتراس وتعويض البشرة جديدا عقب الغيار على محل

المنفطة غيارا بسيطا وعند حصول ذلك توضع منفطة أخرى وهكذا حتى يزول الارتشاح من الاجزاء المجاورة وانتفاخها الذى يأخذ فى التحلل حالا بعد وضع اول منفطة فان ظهر التموج بعد ذلك يصير امافتح الخراج اويجب افساد الجلد المغطى له بواسطة البوتاسا الكاوية اووضع عجينة وييند كماذكرنا ولم يشاهد سريانات صديدية ولاقروح ناصورية فى جميع الاحوال التى تعالج بهذه الطريقة تبعالتجاربنا

ومن هذا القبيل طريقة معلمى سيجموند منعالتكون الخراجات الخيرجلية وهى المس بصبغة اليود المضاف اليها كمية متساوية من صبغة ثمر البلوط من ثلاث مرات الى ست فى اليوم فوق الغدة المنتفخة مساحة تمتد على سطح الجلد وكذا طريقة مص القيح مرارا بحقنة كحقنة براواز اذا لم يكن التموج واضحا مع مساعدة التحلل بعد ذلك برباط ضاغط وأما معالجة القرحة الخيرجلية بعد انفتاح الخراج امابالمشرط اوالبوتاسا الكاوية أوعجينة وييند فتكون جارية على نهج المعالجة الجراحية المعتادة فتنظف جيدا من افرازها المسم بالحقن المتكرر بالماء الفاتر اوالحمامات الجلوسية ثم مل وتجويفها بكرات من النسالة المغموسة فى محلول حمض الفينيك وان وجدت غدد سائبة فى قاع القرحة وجب ازالتها

﴿ثانيا فى الداء الزهرى البنى﴾

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

مسئلة منشأ السم الزهرى البنى لايمكن حلها مثل مسئلة منشأ سم القروح الشنكرية فان الداء الزهرى البنى فى وقتنا هذا مرض معد محض حيث ان السم الزهرى يتولد فى جسم الشخص المصاب به وانتقال هذا السم المتولد الى جسم شخص آخر هو الواسطة الوحيدة التى بها ينتشر الداء الزهرى البنى والسم الزهرى البنى الذى يجوز تسميته حقيقة بالاصل المعدى الزهرى (وطبيعته مجهولة علينا الآن لا يمكننا استحضاره على انفراده ومعرفة خواصه الطبيعية والكيماوية) ذو طبيعة ثابتة مثل سم القروح الشنكرية فانه لاينتشر فى الهواء المحيط بشخص مصاب بالداء الزهرى البنى لكنه ليس مرتبطا بافرازات قروح الزهرية ومتحصل التولدات الزهرية فقط بل انه يوجد

كذلك فى دم المرضى المصابة بهذا الداء ويظهر ان هذا السم لايسرى الى الافرازات الطبيعية مثل البول واللعاب ولا الى المتحصلات المرضية التى تتكون من امراض تطرأ على المرضى فان لقح الطفل سليم مثلا بالمادة المأخوذة من بثرة جدرية بقرية مأخوذة من طفل مصاب بالداء الزهرى فلا يعترى هذا الداء الطفل الملقح له لكن ان كانت المادة الجدرية مختلطة بدم اى بحامل للسم الزهرى فلا يصير التلقيح بالمادة الجدرية البقرية فقط بل كذلك بالسم الزهرى واما اللبن المأخوذ من نساء مصابات بالداء الزهرى فمن المشكوك فيه كونه حاملا للسم الزهرى فان عدوى الرضع بهذا الداء عقب الرضاعة من مراضع مصابات بالداء الزهرى يمكن حصولها من تسلخات دامية فى حلمة الثدى وسنذكر كيفية انتشار الداء الزهرى بواسطة التناسل فى المبحث الآتى

ثم ان الاستعداد للاصابة بالداء الزهرى منتشر جدا بحيث ان الصيانة عن الاصابة به لو وجدت حقيقة تعد من النوادر العظيمة جدا واما كثرة اصابة الذكور الاقويا البنية البالغين دون الضعفا والنساء والاطفال فانما تنتج عن كثرة تعرض الاولين للعدوى به عن الآخرين وتقل سهولة العدوى بالسم الزهرى البنى كما تقل سهولة العدوى بسم القروح الشنكرية اذا كانت البشرة سميكة وليست قليلة المقاومة وهذا يثبت اكيدا منفعة الختان

وتظهر العدوى اذا كانت اعضاء التناسل نامية بخلاف ما اذا كانت ضامرة ووجود طفح اكزنيماوى على الحشفة او القلفة يزيد جدا فى حصول العدوى

ومهما كان انتشار الاستعداد للاصابة بالداء الزهرى فانه يحصل غالبا عقب انتشاره فى البنية صيانة من العدوى به مرة ثانية وهذه الحقائق المهمة جدا تشابه من حيثية الصيانة والوقاية الاصابة بالسم الحصبى او القرمزى او الجدرى صيانة ووقاية تكتسبها الاشخاص الذين اصيبوا بهذه الامراض مرة واحدة فان لقح لشخص مصاب بتيبس زهرى اولى او بقرحة زهرية متيبسة اولية او كان قد اعتراه ذلك مرة سابقة بالمادة المنفرزة من قرحة زهرية او بسائل حامل للسم الزهرى فلا يتحصل من التلقيح على شئ وهذا

الامر هـ والذى ادى للغلط الفاحش فان التجارب بالتلقيح كانت تفعل مدة طويلة من الزمن على اشخاص مصابة اولا بالداء الزهرى البنيي وكان يحكم من عدم نجاح التلقيح المفعول بالدم او بافراز القرحة الزهرية الثانوية بان كلا من دم وافراز الآفات الزهرية الثانوية غير معد انما عند اجراء التجارب بالتلقيح بالسم الزهرى او بالسوائل الحاملة له فى اشخاص غير مصابة بالداء الزهرى تأكد ان عدم نجاح التلقيح انما ينتج فقط عن صيانة الاشخاص المصابة بالداء الزهرى من عدوى جديدة وان كلا من دم الاشخاص المصابة بالداء الزهرى وافراز القروح الثانوية معد ايضا مثل افراز القروح الزهرية الاولية انما يظن ان هنالك استثناء من القاعدة العامة وهى ان يعقب الاحوال التى يفعل فيها التلقيح بافراز القرحة الزهرية الاولية فى الشخص المصاب بها او الحامل لها تكون قرحة زهرية لكن قد اتضح الآن ان ذلك فى مثل هذه الاحوال عبارة عن مضاعفة الشنكر بقرحة زهرية متيبسة فان القرحة الناتجة عن التلقيح شنكرية لازهرية متيبسة فان انتشار السم فى البنية لا ينتج عنه صيانة ووقاية من العدوى بسم القرحة الزهرية الرخوة اى الشنكر وحيث ان الشخص المصاب فقط بتيبس زهرى او بقرحة زهرية اولية ولم يكن عنده آفات زهرية ثانوية يكون مصونا عن عدوى جديدة بالسم الزهرى فمن الجائز اعتبار كل من التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية البنيية الاولية علامات لسوء القنية الزهرى واعراض اولية من الداء الزهرى البنيي لكن حيث ان الآفات المذكورة تكون اولية للاضطرابات الغذائية الزهرية وان العرض الاول للداء الزهرى البنيي يحصل على الدوام فى محل تأثير السم الزهرى على شكل تيبس او قرحة زهرية متيبسة فمن الجيد الاستمرار على استعمال لفظ تيبس زهرى اولى وقرحة زهرية اولية حيث ان ذلك مطابق للمعنى

والصيانة التى تنتج عن سوء القنية الزهرى اى انتشار السم الزهرى فى البنية بالنسبة للوقاية من عدوى جديدة توضح لنا ظاهرة مهمة كانت خفية علينا سابقا وهى ان الاطفال الرضع يكثر عدواها من المراضع المصابات بهذا الداء زيادة عما يحصل من الامهات المصابات ايضا فان الطفل الذى يرضع من

مرضعة ذات بنية زهرية يكون فى معظم الاحوال غير مصاب بهذا الداء ولذا انه
يصاب وينعدى بسهولة واما الطفل الذى يرضع من ثدى امه المصابة بالداء
الزهرى البنى فانه يكاد يكون دائما زهرى البنية فلا يصاب ولا ينعدى ثانيا
واكثر الاسباب المتممة لحصول الداء الزهرى البنى هو مجامعة شخص
مصاب بهذا الداء ومع ذلك توجد امثلة واحوال اكيدة حصلت فيها العدوى
بواسطة ايدى الاطباء والقابلات او بواسطة شبقات الدخان او كوبات الشرب
او استعمال بعض المراحيض الملوثة بالسم الزهرى وكذا لا يشك فى انتقال
الداء الزهرى البنى والعدوى به كذلك بواسطة تلقيح المادة الجدرية البقرية
فانه تحقق الآن (انما يشترط فى ذلك تبعا لما ذكرناه فيما تقدم تلوثها بالدم)
وبالجملة فقد توجد احوال وامثلة عديدة حصلت فيها العدوى بالداء الزهرى
من بعض الجراحين بواسطة المشرط او المبضع او المبزغ النمساوى

﴿الاعراض والسير﴾

اولا فى التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية

﴿الاولية اليابسة﴾

أما زمن تفريخ السم الزهرى الاولى فانه يمتد من ثلاثة اسابيع الى اربعة
ومعرفة هذا الامر مع التأكيد لم تحصل الا فى هذا العصر المستجد فانه قبل
معرفة هذه الحقيقة بواسطة فعل التلقيح فى الاشخاص السليمين بالمادة
السمية الزهرية البنية كانت المشاهدة المعلومة من انه يتكون فى عدة من
الاحوال تيبس فى قاع القرحة الزهرية الرخوة وحوافيها اعنى الشنكر بعد
مكثه على الحالة الرخوة جملة اسابيع غير واضحة وهذه المشاهدة هى التى
ادت الى الغلط والخطاء بالزعم ان الشنكر قد تيبس واكتسب بذلك خواص
زهرية بنية وقد دلت التجارب على ان القرحة الزهرية المتيبسة تكون
دائما متقدمة على حصول الظواهر الزهرية الثانوية البنية والتوجيه الحقيقى
لهذه المشاهدة المعلومة هو انه قد يؤثر فى صفر واحد نوعان مختلفان من السم
وهما سم القرحة الزهرية الرخوة اعنى الشنكر وسم القرحة الزهرية المتيبسة
أعنى البنية فى آن واحد فبعد تأثير السم بايام قلائل تتضح القرحة الزهرية
الرخوة فان دور تفريخ السم الشنكرى قصير جدا ثم بعد مضى ثلاثة اسابيع

او

اواربعة يظهر التيبس الزهرى فى قاع القرحة الشنكرية وحوافيها فانه
اذذاك يكون دورتفريخ السم الزهرى قد انتهى وتم ومن الجائزان يكون
الشنكرقد تم شفاؤه فى الزمن الذى فيه يكون قد تم دورتفريخ السم الزهرى
البنيى وحينئذ يظهر التيبس الزهرى فى ندبة التحام القرحة الشنكرية
كما انه من الجائزان التيبس الزهرى قد يستحيل بتأثير السم الشنكرى
الى قرحة رخوة

ثم انه بعد تلقيح السم الزهرى البنيى او انتقاله بالمصادفة الى شخص قابل للتأثر
منه يعنى انه لا يكون قد اعتراه الداء الزهرى فى الحال اولم يكن اعتراه من
قبل تظهر بعد تمام دورتفريخ هذا السم حلمة يابسة اوتتوبارزة متفاوت العظم
ولا يظهر مثل ما يحصل بعد تلقيح السم الشنكرى او انتقاله بالمصادفة خويصلة
اوبثرة تنفجر فتخلفها قرحة وهذه التيبسات الجوهرية الزهرية الصغيرة يكون
حجمها كحجم العدسة اوالحمصة وقد يبلغ العظيم منها حجم الفولة اوالفندقة
وبالبحث الميكرسكوبى يظهر انها ناشئة عن نمو وتكون اخلية ونوايات ليست
ذات صفات مخصوصة وهذه الاخلية والنوايات تكون متراكمة بين جزيئات
المنسوجات الطبيعية والياف المنسوج الخلوى القليل ولا يوجد فى الابتداء
على هذه الارتفاعات الحلمية المتيبسة تغيرفى البشرة الجلدية أوالمخاطية لكن
عما قليل تاخذ هذه الطبقة البشرية فى التفلس والطبقة البشرية التى تحل
محل الاولى تكون رقيقة بحيث ان السطح الظاهر لهذه الاجزاء المتيبسة
يشاهد ذا احمرار لامع وسخ وبعد تكرار التفلس جملة مرات لا تتكون
طبقة بشرية جديدة ثانيا فيبقى السطح الظاهر من السطح المتيبس متسلخا
وينفرز منه مادة قليلة مائية وفى احوال اخرى يحصل خشكريشة فى السطح
الظاهر فيبقى بعد انفصال الخشكريشة قرحة ذات قاعدة سميكة متيبسة
وحينئذ تكون القرحة الزهرية الابتدائية المتيبسة عبارة عن التيبس
الجوهرى الزهرى المتقرح والمجلس الاعتيادى لهذه القرحة الاعضاء
التناسلية فتوجد عند الرجال فى الوريقة الباطنة من القلفة وفى ميزاب
تاج الحشفة وعند النساء فيما بين الشفرين الصغيرين وفى المجمع الخلفى
من الفرج وفى فوهة المهبل كما انها توجد احيانا فى حلمة الثدى

وزاوية الشفتين ولا يندر وجودها فى انامل الاصابع ولا يوجد جزء آخر من
الجسم مصونا عن الاصابة بهذا الداء فانه متى وصل السم الزهرى الى اى جزء
وكان عاريا عن البشرة او رقيقها الابد وان يحصل التيبس الزهرى الاولى
انما الاجزاء التى ذكرنا انها مجالس لهذا الداء غالبا هى اجزاء جامعة لجميع
الشروط المعينة على العدوى وان أصيب بالسم الزهرى البنى جراب دهنى
اكتسب التيبس الزهرى شكلا اسطوانيا قائما واما ان أصيب به عدة اجربة
دهنية بجوار بعضها كما يشاهد ذلك فى الحفرة الزورقية فانه ينشأ من اجتماع
جملة اسطوانات متيبسة مع بعضها نوع حوية يابسة وان كانت شفتا فوهة
القناة البولية مجلسا للتيبس الزهرى كونت هذه الفوهة نوع قمع منفرج
غضروفى القوام وليس من النادر حصول تشققات فى الدائرة المقدمة من القلفة
عند الجماع خصوصا ان كانت ضيقة فان حصل تيبس زهرى فى هذه
التشققات عقب اصابتها بالسم الزهرى لا يمكن دفع القلفة الى الخلف لان
فوهتها تكون اذ ذاك مستحيلة الى حلقة يابسة والبكيموزس المتكوّن بهذه
الكيفية يزول بعد زوال التيبس

ثم ان القرحة الزهرية الاوّلية المتيبسة لا تكون ذات قاع شحمى ولا حواف
مشرذمة ولا يكون لها ميل للسعى والتأكل فان هذه الاوصاف خاصة بالشنكر
فقط وكذا لا تكون القرحة الزهرية الاولية مؤلمة مثل الشنكر ايضا بل تكون
عديمة الالم غالبا وتكون زيادة عن ذلك منفردة لا متعددة ومن النادر وجود
جملة قروح زهرية متعددة اذا كانت تسممت جملة اصفار متعددة فى آن
واحد وكثيرا ما لا يرى التيبس الزهرى الغير المتقرح فلا يستيقظ المريض
بل ولا الطبيب لحصول هذا المرض الا من بعد حصول التقرح وقد يكون
التيبس فى بعض الاحوال قليلا جدا بحيث يمكن الاشتباه بين القرحة
الزهرية والشنكر ويزول التغيهب فى مثل هذه الاحوال بواسطة اجراء
التلقيح ثم انه يميز للقرحة الزهرية الاوّلية عدة اشكال رئيسة

منها القرحة الزهرية السطحية او المفرطحة وفى هذا الشكل يكون التيبس على
شكل وريقة رقيقة بحيث متى اريد رفع هذا الجزء المتقرح على هيئة ثنية
يرى للطبيب انه يوجد أسفل هذه القرحة وريقة شبيهة بالرق (ولذا يسمى ريكور

هذا الشكل بالقرحة الشبيهة بالرق) و ينفرز من السطح الظاهر لهذه القرحة سائل رقيق قليل لا يوجد فيه عند البحث الميكرسكوبي كرات صديدية بل لا يوجد فيه الا بقايا جوهرية حبيبية وكثيرا ما يشفى هذا الشكل بسرعة غير ان الظواهر الزهرية الثانوية تحصل على الدوام عقبه كحصولها عقب اشكال اخرى من القرحة الزهرية الاولية

ومنها القرحة الزهرية المرتفعة وفي هذا الشكل يكون قاع القرحة كثير المقاومة او قليلها اذا امه وكنه متفاوتة بحيث تكون القرحة مرتفعة عما حولها من الاجزاء ويوجد على هذا القاع سطح متسلخ قليل الافراز بحيث يكاد يكون جافا ويتغطى هذا السطح زمنا فزمنا بطبقة بشرية تتفلس بسرعة غالبا على هيئة صفائح رقيقة حتى يحدث التسلخ ومنها القرحة الزهرية الهنتيرية (نسبة للمعلم هنتير) وهذا الشكل لا يكون ذا قاع متيبس فقط بل يكون كذلك محاطا بحافة يابسة منقلبة مندملة بحيث تكون القرحة في هذا الشكل عميقة من المركز ومرتفعة من الدائرة (ولذا تسمى بالقرحة ذات الدائرة) وشفا هذه القرحة لا يكون غالبا الا بعد الاسبوع الخامس او السادس وجميع هذه الاشكال المختلفة من القرحة الزهرية يمكن ان تقع في الفساد وانتا كل بمعنى انه يعتريها تغير مرضي اي فساد دفتيري تقرحي وفي مثل هذه الاحوال يمتد الفساد حتى يتجاوز الاجزاء المتيبسة بحيث يا كل جلد الاجزاء المحيطة وغشائها المخاطي وان انضم التيبس الزهري الى قرحة شنكرية بتأثير كل من السمين على صفر واحد من الجسم نشأ عن ذلك تنوع في القرحة الهنتيرية اي ذات الدائرة اليابسة المرتفعة بمعنى ان حافات القرحة الشنكرية تصير يابسة ندبية وتحيط بالشنكر على هيئة حوية بارزة ثم فيما بعد يشاهد حصول التيبس في قاع الشنكر نفسه

ثم ان مدة التيبس والتقرح الزهريين الاوليين تختلف ويكاد يمضي في الغالب نحو ثلاثة شهور قبل ان يكتسب الجزء المتيبس قوامه الطبيعي بل كثيرا ما يستمر التيبس الزهري نحو نصف سنة وازيد من ذلك ومن المستغرب الواضح انه عندما تظهر الظواهر الزهرية الثانوية يأخذ التيبس الزهري في الانحلال مع تركه انكث مسمرة حمر ابجمنتية وعند زوال ذلك بالكلية

يصير محل النكثة مبيضا زيادة عن الاجزاء المحيطة بها شبيها بالمنسوج الندبى المتكوّن من تولد مرضى جديد ولا يتخلف فى الجزء اذا كان متيبسا دنى انبعاج مالم يكن متكونا عليه قرحة شنكرية

﴿ثانيا الخيرجلات القليلة الحساسية﴾

(والاصابة الزهرية المنتشرة للعقد اللينفاوية)

كما انه ينشأ فى معظم الامراض التسممية الانتشارية الحادة انتفاخ حاد ايضا فى العقد اللينفاوية فكذلك ينشأ عن الداء الزهرى الذى هو اوضح مرض تسممى انتشار وانتفاخ مزمن فى العقد اللينفاوية فتشارك العقد اللينفاوية حينئذ التغير الغذائى الناتج عن تسمم البنية بالسم الزهرى والتغيرات التشريحية التى تعترى الغدد اللينفاوية هى عبارة عن زيادة تولد خلوى عضوى ومن النادر ان تصير تلك العقد مجلسا لتغير التهابى حقيقى وتقيح بل الغالب ان يعترى بعض البورات الكائنة فى العقد المنتفخة استحالة جبنية ثم كلسية خصوصا عند استمرار انتفاخها زمنا طويلا

ثم ان التيبس الزهرى الاولى يؤدى بعد بعض ايام الى انتفاخ عديم الالم او قليله جدا فى العقد اللينفاوية المجاورة للاوربية وهى الخيرجلات غير المؤلمة والانتفاخ المصيب لعدد عظيم من العقد اللينفاوية لا يكون عظيما بحيث ان الغدد المصابة تصل غالبا الى حجم الفولة ويندر ان تصل الى حجم الفندقة او الجوزة خصوصا عند الاشخاص الخنازيرى البنية والمنسوج الخلوى الضام المحيط بتلك الغدد لا يشترك فى الاصابة فان الغدد تبقى منعزلة عن بعضها بل وعندما يتكون ورم عظيم جدا عقب انتفاخ جملة غدد انتفاخا عظيما يبقى هذا الورم حافظا الشكل ذى تحدبات بحيث يرى بسهولة انه متكون من اجتماع جملة غدد منعزلة وقد يشاهد احيانا بين القرحة الزهرية اليابسة والخيرجل الغير المؤلم حبل وعائى لينفاوى متيبس صلب وفى الاحوال النادرة التى فيها انتقيح العقد المنتفخة انتفاخا غيره ؤلم يلتصق الجلد بالعقد اللينفاوية الكائنة اسفل منه فيحمر لونه شيأ فشيأ ويصير الورم مؤلما لكنه يمضى على ذلك زمن طويل الى ان يظهر التموج وان حصل انفجار ذاتى فى الاجزاء المتقيحة او صار فتحها بالصناعة تخلف عن ذلك قروح ناصورية متعرجة

تستمر

تستمر زمنا طويلا ثم ان تحلل الخيرجلات الغير المؤلمة بطئ جدا فانه لا بد وان يمضى جملة اسابيع قبل ان يتناقص حجم الغدد المنتفخة بل قد لا يزول اثر الانتفاخ الاخير الا بعد جملة سنين وان حصلت استحالة شحمية او كلسية فى بعض البورات بقيت نتوأت صغيرة يابسة مدة الحياة واكثر ما يشاهد الانتفاخ الغير المؤلم للعقد اللينفاوية فى ثنية الاوربيتين وماذلك الا لكثرة وجود التقيبسات الزهرية الاولية فى الاعضاء التناسلية والذى يصاب من تلك الغدد بدون استثناء هى الغدة الكائنة اعلى الوتر العريض للجهة التى هى مجلس للتقيبس الزهرى وعندما تكون الاصابة الفمية اولية تصاب العقد اللينفاوية الكائنة أسفل الفك وعندما تكون اصابة الاصابع اولية تصاب العقد اللينفاوية لثنية المرفق والابطين ثم انه يشاهد عقب ظهور الخيرجلات الغير المؤلمة بخمسة اسابيع او ستة غدد لينفاوية منتفخة منتشرة فى اقسام مختلفة من الجسم بعيدة عن محل الاصابة وعن الخيرجلات الغير المؤلمة واكثر ما ينتفخ العقد اللينفاوية العنقية وتحت الابطين والعقد الاربية للجهة الاخرى والعقد المرفقية وتحت الفك والعقد المنتفخة يبلغ حجمها قدر الحمصة او الفولة او الجوزة وتكون عديمة الالم بل وليست اكثر حساسية من باقى العقد اللينفاوية عند الضغط عليها وهذا الانتفاخ المنتشر فى الغدد اللينفاوية قد يستمر جملة سنين ومادام هذا الانتفاخ موجودا يعلم منه ان الداء الزهرى لم ينطفئ بالكلية ولو لم يوجد من ظواهر هذا المرض سوى هذا الانتفاخ العقدى ومن النادر ان تلتهب هذه العقد وتتقيح ولا يحصل ذلك الا عند وجود مضاعفات اخرى

﴿ثالثا الكنديلوما اى اللطخ العريضة او الدرن العريض﴾

اللطخ العريضة عبارة عن ارتفاعات او بروزات مفرطحة مغطاة بطبقة بشرية رقيقة تتقرح تقرحا سطحيا غالبا متى كان مجلسها الجلد الظاهر وتتغطى بمادة مخاطية كريهة الرائحة وهذه اللطخ هى التى يكون منشأها زهريا حقيقة واما اللطخ المدبية او الابرية المغطاة بطبقة بشرية سميكة جافة فانها تنشأ عن مهيجات موضعية فتحصل فى الغالب فى الاجزاء التى تلامسها المادة المخاطية السيلانية

واللطخ الزهرية العريضة هى اكثر الظواهر التعممية الزهرية العامة حصولا فمن النادران تفقد عند اتضاح التغيرات البنيية المرضية التى تظهر تدريجا بتأثير السم الزهرى وفى الغالب هى التى تعقب الاصابات الزهرية الابتدائية واصابات العقد اللينفاوية وبها تبتدى التغيرات الغذائية البنيية وقد بينا فيما تقدم كلا من الشكل الظاهرى لهذه اللطخ العريضة وتركيبها واما مجالس هذه اللطخ فانه يكون غالبا بين الاليتين او الشفرين العظيمين عند النساء أو على الصفن عند الرجال وظاهر القضيب وقد تمتد الى الجهة الانسية من الفخذين وكثيرا ما يكون مجلس هذه اللطخ الزهرية زاوية الشفتين ويندر وجودها فى زاوية الاجفان وبين الاصابع وحلمة الثديين وخلف الثديين المرتخيين وكثيرا ما تتشقق هذه اللطخ لاسيما عند نموها واختلاطها ببعضها فينتج عن ذلك تقرحات مؤلمة مستعصية كما أنه ليس من النادران يتكون فى الجلد المحيط بها تشققات كثيرة الالم جدا لا تشفى الا بعسر واما اللطخ العريضة الزهرية التى يكون مجلسها الاغشية المخاطية المسماة باللطخ العريضة الغشائية المخاطية فقد سبق الكلام على ما كان منها مجلسه كل من الفم والحلق والحنجرة فانها تصاحب القروح الحنجرية غالبا

(رابعا الاصابة الزهرية للجلد المعروفة بالطفحات الجلدية الزهرية)

الاصابات الزهرية للجلد تنشأ اما عن تغيرات احتقانية نضحية فيه او عن تكون اورام شبيهة بالتعقدات الصمغية المعروفة بالعقد او الاورام الزهرية الصمغية وجميع هذه التغيرات يعتريها استحالات مختلفة ففى أحوال التغيرات الاولى يكون النضح اما فى جوهر الجلد او على سطحه السائب او فيهما معا وبالنسبة للاختلافات الناشئة عن ذلك وعن اختلاف درجة امتداد الطفح وانتشاره قد ميز للطفحات الجلدية عدة انواع لكن حيث ان تمييز باقى انواع احتقانات الجلد والتهاباته الغير الزهرية مؤسس ايضا على هذا الامر وجب علينا الاختصار فى التكلم على الطفحات الجلدية الزهرية فنقتصر هنا على بيان الفرق بين الطفحات الجلدية الزهرية والغير الزهرية فنقول اما الطفحات الجلدية الزهرية فمن صفاتها العامة لونها الخاص بها وذلك

معلوم

معلوم من منذ زمن طويل ومعتبر كل الاعتبار فان جميع الطفحات الجلدية الزهرية تكون ذات لون احمر نحاسى خصوصا عند استمرارها زمنا طويلا حتى انه ان وجد طفح اجزتيماوى مزمن عند اشخاص مصابة بالداء الزهرى حقيقة ولم يظهر فيه هذا اللون لا ينبغى اعتباره نتيجة للداء الزهرى ولا يجوز القول بعكس ذلك بمعنى انه لا ينبغى اعتبار كل طفح اجزتيماوى ذى لون نحاسى من طبيعة زهرية كما ثبت ذلك مع الايضاح بكل من البسيريازس والاكنة الوردية (التى سميت بذلك نظر اللونها الاحمر النحاسى)

واللون الاحمر النحاسى انما ينشأ عن كون الاحمرار الذى ينتج عن الاحتقان الشعرى يختلط بكل من التلون المزرق والاصفر والاسمر الذى ينشأ عن الانسكابات الدموية القليلة الكمية وعن التغيرات التى تعترى المادة الملونة للدم الخارج من اوعيته ويفقد هذا اللون الاحمر النحاسى فى الطفحات الجلدية الزهرية الحديثة وذلك اما لكون الانسكابات الدموية لم تحصل اولكون الدم المنسكب لم يعتره تغيرات اللون السابق ذكرها

وهنالك صفة ثانية خاصة بالطفحات الجلدية الزهرية وهو انه بعد شفاء الطفح الزهرى يخلفه غالبا بقع بجمنتية فى الجلد وهذه الصفة مبنية كالسابقة على استحالة المادة الملونة للدم المنسكب الى مادة ملونة مسودة بجمنتية

ثم ان الطفح الزهرى للجلد يتميز عن الطفح الجلدى غير الزهرى بكونه زيادة عما ذكر لا يكتسب مثل الاخير اشكالا طفحية نقية واضحة فانه كثيرا ما يوجد عند شخص واحد طفح جلدى زهرى منه ما يخص شكلا من اشكال الطفحات الجلدية ومنه ما يخص الشكل الاخير كما يوجد كذلك عنده طفح جلدى زهرى لا يمكن نسبته مع التحقيق لنوع مخصوص من انواع الطفح الجلدى فكثيرا ما يشاهد لطخ محمرة لا يمكن اعتبارها بدون شك وردية من جهة لانها مغطاة بقشور بشرية ومن جهة أخرى لا يمكن اعتبارها من البسريازس لان الطبقة البشرية المغطية لها قليلة السمك جدا وليست كما يشاهد فى البسريازس غير الزهرى

ومن المهم كذلك فى تمييز الطفح الزهرى عن غير الزهرى هو اعتبار المحل الذى يكون مجلسا للطفح فان الطفحات الزهرية الجلدية يكثر مشاهدتها

المحال التى تكون معرضة للهواء من الجلد والتى تكون فوق سمحاق العظام مباشرة كما وانه من الامور التى يعتنى بها هو اقتصار الطفح على جزء محدود مثل البسوريازس الذى يصيب بالاخص الركبتين والمرفقين فان ترك الطفح هذين المحلين وشوهد فى غيرهما من اجزاء الجسم (كوجود البسوريازس فى اليدين) كان هذا دليلا على انه زهرى

ومن صفات الطفح الجلدى الزهرى أن يكون غالبا مكونا الاشكال حلقية او نصف حلقية منتظمة انما ننبه على ان الشكل الحلقى من الطفح الجلدى الزهرى هو الذى ينشأ من انضمام تزهرات الطفح بهذه الكيفية ولبس الشكل الحلقى الذى يكون ناشئا عن شفاء التزهرات الطفحية المركزية وامتداد الدائرة منها وانتشارها وبالجملة نذكر ان الطفحات الجلدية الزهرية تكاد لا تكون مصحوبة باكلان دائما

ومن المهم فى الاحوال المشكوك فيها هل منشأ الطفح الداء الزهرى اولا التحقق من حصول قرحة زهرية اولية سابقا او من وجود اصابات زهرية أخرى ام لا ثم ان القشور التى تكون مغطية للطفحات الزهرية الجلدية تكون أكثر ثخنا وسماكة عن المغطية للطفحات الجلدية الغير الزهرية وهذه الصفة تنشأ من جفاف المتحصل الصديدى للبثور الزهرية غالبا ويدل على استمرار تقرحها وجفاف متحصلها واستحالته الى قشور وأما القروح الجلدية الزهرية فن الواصف لها انها تكون مكتسبة لشكل يشبه الشكل الكلوى او الشبيه بنعل الفرس وهذا الشكل ينشأ من حصول الالتحام فى احدى حوافى القرحة وامتداد التقرح فى الحافة الاخرى

ثم ان الشكل الاكثر حصولا من الطفحات الجلدية الزهرية هو الطفح النقطى المعروف بالوردية الزهرية ويسبق ظهور النقط الوردية الصغيرة غير المنتظمة المستديرة المختلطة ببعضها فى بعض المحال اضطراب بنى حمى ومجلس هذا الطفح هو البطن والجهتان الجانبيتان من الصدر والجهتان الانسيتان من الاطراف العليا والسفلى وأما الوجه فانه يبقى عادة مصانا ماعدا الجزء العلوى من الجبهة فى محل ابتداء فروة الرأس والنقط تكون فى الابتداء حمرا ناصعة ثم تصير فيما بعد مزرقة نحاسية وهى اما أن تكون فى موازاة

سطح الجلد أو مرتفعة عنه بقليل وفى هذه الاخيرة يكون بينها وبين حلمات الانجرية اشتباه الا أنها لا تكون مصحوبة بأكلان مثلها وبعد استمرار الوردية زمناطويلا تكتسب لوناأحمر مسمرا وسخا ثم بعد انتفاعها بالكلية تخلفها نكت سنجابية مسمرة وفى بعض الاحوال يمتد هذا الطفح على سطح الحشفة وان حصل ذلك انفصلت الطبقة البشرية من سطح الطفح بحيث تكون تساخات شديدة الاحمرار رطبة سهلة الادماء لا ينبغى اختلاطها بالقرحة الرطبة السطحية ثم ان الطفح الزهرى الوردى من جملة اعراض الزهرى البنى التى تعقب القسم البنى بسرعة ولا تشاهد فى الاحوال العتيقة للداء الزهرى مطلقا وهذا الطفح يزول بالمعالجة الزيبقية فى ظرف قليل من الاسابيع وفى الاحوال المهملة اى التى لم تعالج بالمعالجة اللائقة قد يشاهد استحالة الوردية الى طفح زهرى جلدى حلمى اوقشرى او بثرى

واما الطفح الزهرى الجلدى الحلمى المعروف بالحزاز الزهرى فانه يعرف بلونه الاحمر النحاسى أو بلونه الاحمر المسمر عند مكثه زمناطويلا وحلمات هذا الطفح تكون امافى حجم حبة الدخن (فيسمى بالطفح الحلمى الدخنى) اوفى حجم العدسة (فيسمى بالطفح الحلمى العدسى) وتكون الحلمات امامتفرقة اومجتمعة وعند اجتماعها تكوّن حلقات اونصف حلقات والمجلس الاعتيادى للطفح الزهرى الحلمى هو محل اتصال جلد الجبهة بفروة الرأس ومع ذلك قد يشاهد فى الجزع والاطراف وعند استمرار هذا الطفح زمناطويلا يرى أنه يتغطى بقشور بشرية منفصلة وان تكوّن بدلا عن ذلك فى قمة الحلمات بثور صغيرة سمى الطفح حينئذ بالاكنة الزهرية والطفح الجلدى الزهرى الحلمى من جملة الطفحات الجلدية الزهرية التى تشاهد بعد القسم الزهرى بزمن قليل ومع ذلك قد يشاهد فى الادوار الاخيرة من الداء الزهرى انما فى مثل هذه الاحوال يكون تزهر الطفح قليل العدد وله ميل عظيم لان يكوّن دائرة تامة أونصف دائرة وهذا الطفح اكثر استعصاء عن الطفح النكتى بحيث يمضى عادة جملة اسابيع قبل ان يشفى ولو كانت المعالجة قوية للغاية

واما الطفح الجلدى الزهرى القشرى المعروف بالبسر يازس الزهرى فانه ينشا عن الوردية الزهرية اوالحزاز الزهرى وبقع هذا الطفح يندر ان تكتسب حجما عظيما لكنها تكون كثيرة العدد ولون البسر يازس الزهرى كثير الدكنة والاستمرار عن غير الزهرى والقشور تكون غالبا رقيقة ولا يندر ان تكون تشققات فى الجلد المرتشح تؤدى لتكون تقرحات وكل من الركبة والمرفق يبقى مصانا عن الاصابة بها غالبا كما تقدم

والبسر يازس الزهرى لراحة اليدين واخمص القدمين الذى يكون منشاؤه زهريا يبتدى بتكون بقع صغيرة مستديرة بيضاوية الشكل ذات لون أحمر باهت اومصفر وذات سماكة وبعد سقوط البشرة المتكاثفة على هذه البقع وانفصالها منها اونزعها بيد المريض بالحك يظهر كل من اللون النحاسى والجلد المرتشح المحاط بحلقات متكاثفة من البشرة الجافة التى يسهل تفلسها وهذه الدائرة تتسع شيأ فشيأ بخلاف المركز فانه يكون اخذا فى الشفاء أو يتغطى من جديد بطبقة بشرية قرنية وفى بعض الاحوال قد تختلط هذه اللطخ بعضها من الابتداء فينشاعن ذلك تكاثفات ممتدة فى البشرة فتتشقق بسهولة فينشاعن ذلك تشققات غائرة شديدة الالم بالكلية

واما الطفح الجلدى الزهرى البثرى ففيه تكون البثرات اما صغيرة مدببة اوعظيمة عريضة ويسمى فى الحالة الاولى بالامبتيجو الزهرى وفى الحالة الثانية بالاكتيما الزهرية والبثرات فى هذا الطفح تكون اما منعزلة اومجتمعة وتشاهد فى الوجه وفى فروة الراس اوالجزع اوالاطراف وتكون محاطة بهالة محمرة نحاسية وتجف فيخلف ذلك تكون قشور عظيمة تسقط عند تمشيط الراس على هيئة قشور صغيرة كالنخالة وبذلك تنسلخ القشور وتصير مؤلمة للمريض ويشاهد بكثرة اسفل قشور الاكتيما الزهرية تقرحات متفاوتة الغور ويندر مشاهدة ذلك اسفل القشور المتخلفة عن الامبتيجو الزهرى واثر الالتحام التى تخلف شفاء الاكتيما الزهرية تكون فى الابتداء ذات لون احمر نحاسى ثم تكتسب فيما بعد لونا مبيضا واضحا وكل من الامبتيجو الزهرى والاكتيما الزهرية يكون ثقيلا مستعصيا وهما من الطفحات الجلدية الزهرية التى تظهر فى الدور الاخير من الداء الزهرى فان شفاهما يتعسر

ويستمر جملة أشهر مهما كانت قوة المعالجة المستعملة وجودتها وغالبا يتأخر شفاؤهما عن باقى ظواهر الداء الزهرى

واما الحويصلات الزهرية فهى عبارة عن طفح جلدى زهرى حويصلى له مشابهة عظيمة بالجدرى المائى وظهور هذا الطفح يكاد يسبقه على الدوام اضطراب حمى عمومى والحويصلات العديدة لهذا الطفح المتفاوتة الانتشار ترتفع من فوق نكت محمرة وتكون فى الابتداء ممتلئة بسائل قليل التعكر يصير صديديا فيما بعد ثم يجف فيستحيل الى قشور مستديرة مسودة وهذا الشكل من الطفحات الجلدية الزهرية المستعصية ايضا فانه كثيرا مايستمر جملة اسابيع بل وجملة اشهر مع حصول دفعات جديدة

واما الروبية الزهرية فهى كالاكتيما الزهرية نتيجة التهاب جلدى تقرحى وكيفية حصولها ان يرتفع على محال مستديرة من الجلد حويصلات فى حجم الفولة هابطة ذات لون احمر مزرق ممتلئة بسائل عكر او مدمم وتحصل هذه الحويصلات يجف فيستحيل الى خشكريشات ترتفع شيئا فشيئا بواسطة متحصلات التغير التقرحى الكائن اسفل منها وتزداد هذه الخشكريشات فى العرض بواسطة ظهور حويصلات صغيرة حلقية فى دائرتها يجف متحصلها بل وتمتد هذه الخشكريشات غورا وعند نزع هذه الخشكريشات والقشور المتكونة بهذه الكيفية يوجد اسفل منها اسطحة متقرحة ذات لون وسخ ينفرز منها سائل صديدى وقد توجد اجزاء ممتدة من الجسم مغطاة بقشور الروبية الزهرية المختلطة مع بعضها وفى بعض الاحوال لا يوجد منها الا قليل وتكون متفرقة غيران القشور فى هذه الحالة الاخيرة تكون كثيرة العرض جدا والروبية الزهرية مثل الاكتيما الزهرية لا تظهر الا فى الادوار الاخيرة من الداء الزهرى وشفاؤها بطئ للغاية ولا يندر ان يلتحم التقرح الكائن اسفل قشور هذا الطفح من احدى حوافيه مع امتداد التقرح من الجهة الاخرى وبهذه الكيفية تنشا قروح شبيهة بنعل الفرس أو بشكل الكلية والاثرة الالتحامية التى تخلف شفاء الروبية الزهرية شبيهة بالاثر الالتحامية للاكتيما الزهرية

ثم ان الامراض الجلدية الزهرية التى سبق ذكرها عبارة عن تغيرات

تهيجية التهابيـة واما اللوبس الزهـرى فينشأ عن نمو تولدات جـديدة
مخصوصة زهرية وتلاشيها وهذه التولدات الجديدة تظهر على شكل تعقدات
تعـرف بالدرن الزهـرى ولا تظهـر فى الجلد فقط بل انها تظهـر ايضا فى
الاعضاء المختلفـة والدرن الزهـرى الذى سماه المعـلم ورچوف بالاورام
الصمغية ولو كانت ذات قوام كثيف يابس وكانت حافظة لهـذا القوام مدة
وجودها وسماه المعلم واجنر بالاورام الزهرية العقدية ليس له ادنى ارتباط
بالدرن الحقيقى وعـند الشهير ورچوف هـذه الاورام الصمغيـة من الاورام
الحبيبيـة اعـنى من الاورام التى لا تحتوى عـلى جوهر ضام ولو عنـد تمام
نموها بل ولا تحتوى عـلى جوهـر مشابه لذلك فانها متـكونة من جزيئات
او عناصر فى حالة الاستحالة ونهاية وجودها الطبيعى هو الفساد والتـلاشى
أعنى اللين والتقرح والدرن الزهرى يكون متـكونا من اجتماع خلايا عديدة
صـغيرة ذات نوايات عظيـمة ويوجـد منتشرا فى جوهر الاعضاء والعـقد
الزهرية الحديثة تكون ذات لون سنجابى رخوة القوام متخللة بسائل مخاطى
قليـل وعنـد استمرار هـذه العقد مدة من الزمن يؤول حالها اما الى اللين
والتقرح او الى استحالة جبنية تامة

والمجلس الغالب للدرن الجلدى الزهرى هو الوجه سيما الجبهـة (وحينئذ
يعرف بالتاج الزهرى) وفى قسم الـكتف وفى الجهـة المقدمة من الاطراف
العليا والسفلى وهـذه التعقدات تـكون اما سـطحية الوضـع او غائرة وعادة
ماكان منها سطحيا يكون صـغيرا الحجم وعظيما ما كان منها غائرا ويشاهد عنـد
تكونها فى الجلد اورام صـغيرة سهلة الحركة مؤلمة قليـلا عند الضغط عليها
ثم يحمر الجلد الـكائن أعلاها شيأ فشيأ ويرتفع على هيئة عقد نصف كرية محمرة
داكنة فيكون لها بعض مشابهة بالدمل وقد لا ينثقب و ينفجر الجلد المغطى
لهـذه الاورام بل يمتص متحصلها فينتقع ويبهت سطحها شـيأ فشـيأ ثم تهبط
فيحصل الالتحام بدون أن ينشأ عن ذلك تقرح واما ان انفجر الورم فانه ينسكب
اسفل الطبقة البشرية سائل مصلى عكر يجف هو والطبقة البشرية ويستحيل
الى قشرة يابسة ويمتد التقرح اسفل منها فى العمق شـيأ فشيأ وكثيرا ما يكون
جمـلة تعقدات درنيـة زهرية مغطاة بقشرة واحدة سميكة والقروح الناشـئة

عن هـذه التعقدات اما ان تكتسب الشكل المستدير للاورام الناشـئة عنها اوانها وهو الغالب تكتسب شكلا شـبيها بنعل الفرس او شكل الكلية مثل القروح الناشـئة عن الروبية الزهرية وذلك بان يمتـد التقرح فى احـدى حوافيها مع طـرؤ الالتحام فى حافتها الاخرى عقب تكون ازرار لحيـة فيها والتئامها والاثر الالتحامية الناشئة عن شفاء اللوبس الزهرى تبقى ذات لون احمر مدة زمنا طويلا يحمنتى ثم تكتسب بعـد انطفاء المرض انطفاء تاما لونا مبيضا بالكلية

والشعر يسقط غالبا عند المصابين بالداء الزهرى وهـذا يعتـبر نوع ضمور فى البصـيلات الشـعرية ان لم تكن فـروة الراس مجلسا لطفحات جلدية لكن بصـيلات الشعر لا تفقد بالكلية بحيث ان الشـعر قد يتولد ثانيا عقب انطفاء الداء الزهـرى واما الطفحات الجلدية الزهـرية التى تصيب فـروة الراس فانها تحـدث غالبا فسادا تاما فى بصـيلات الشـعر وتؤدى لحصول الصلع

وكذا الاظافر يعتريها تغيرات عند المصابين بالداء الزهرى وذلك عقب اصابة أم الظفر فبعـد ارتشاحها كما يحصـل احيانا فى البسر يازس الزهرى يتـغير الظفر هو وشكله ويصـير مشققا واما ان حصل تقرح فى أم الظفر المعروف بالتهاب الظفر الزهرى فلا بد من سقوطه

(خامسا الاصابات الزهرية للاغشية)

(المخاطية)

الاغشية المخاطية كثيرا ما تكون مجلسا للاصابات الزهـرية فانها أكثر مصابا بهذا الداء بعد الجلد لكن لا تصاب جميع اجزاء الغشاء المخاطى بنسبة واحدة فا كثر ما يصاب منها الغشاء المخاطى المغشى لتجويف الفم والحلق والانف والحنجرة ويعقب ذلك فى الكثرة الغشاء المخاطى للمستقيم واخف اشكال الاصابات الزهـرية للاغشـية المخاطية واسرعها حصولا الالتهاب النزلى الزهرى وليس من السهل فى كل حالة راهنـة تمييز الالتهاب النزلى الزهرى عن غـيره من الالتهابات النزلية غـير الزهرية فان كلا من دكنة اللون للجزء المريض وتحديده عن الاجزاء السليمة وتلون الطبـقة البشرية بلون لبنى

عكر وان كان يظن منه وجود الداء الزهرى لكن ليس واصفا فى حد ذاته ولذا يرتكن فى غالب الاحوال الى معرفة تاريخ المرض وسببه حتى تعلم حقيقة التشخيص كما وانه يرتكن فى ذلك الى وجود اصابات زهرية اخرى سيما انتفاخ العقد الليمفاوية ووجود طفح بقعى اوحلمى وايضا الى استعصاء الالتهاب النزلى عن الشفاء بواسطة المعالجة الغير النوعية وزواله بسرعة عقب استعمال معالجة زهرية

ومن جملة الامراض الكثيرة الحصول والسريعة للداء الزهرى هى الحلمات الزهرية فى الغشاء المخاطى وانتهاؤها اما بتكوين الدرن والتسلخ او التقرح وكيفية حصول ذلك هو ان جزأ من الغشاء المخاطى يرتفع عن باقى اجزاء هذا الغشاء على شكل حبة العدس ويكون ذا مقاومة واحمرار زائد عن باقى اجزاء الغشاء المخاطى فان لم يحصل تحلل فى هذه الحلمات المخاطية بواسطة المعالجة اللائقة صارت الطبقة البشرية المغطية لهذه الحلمات السطحية متعكرة واكتسبت هيئة لبنية أو صدفية وعند انفصال هذه الطبقة البشرية الكثيفة يخلف ذلك تسلخ ناصع الاحمرار سهل الادماء ويستحيل هذا التسلخ اما الى قرحة ذات قاع غير مستو وسنجابى مبيض عقب تلاش جزئى او يستحيل الى لطخ مخاطية عقب تزايد فى النمو وتكون الالياف الخلوية تعرف باللطخ المخاطية وقد سبق شرح كل من الحلمات المخاطية والقروح او اللطخ الناتجة عنها المصيبة للغشاء المخاطى الفمى والحلقى والحنجرى

واما الاصابات الزهرية للغشاء المخاطى للمستقيم فمن النادر مشاهدتها والقروح الزهرية المستقيمية المتخلفة عن الحلمات المخاطية لها مشابهة عظيمة بالقروح الدوسنطارية وكذا انديها الالتحامية يشابه بعضها بعضا لكن يمكن التمييز بين هذين النوعين من القروح باعتبار المجلس ومحل وجود الندب الالتحامية فان القروح الزهرية توجد عادة فى الجزء السفلى من المستقيم بقرب الشرج واما القروح الدوسنطارية فانها توجد فى التعريج السينى واما الاورام الصمغية للاغشية المخاطية فانها ذات صفات مشابهة لصفة التولدات الصمغية فى الجلد وتحصل بكيفية مشابهة لها ايضا وهو انه يتكون فى جوهر الغشاء المخاطى عقد صغيرة الجحم مثل الخردقة

تزداد شيأ فشيأ فتر تقع على سطح الغشاء المخاطى فان لم يحصل امتصاص فى هذه التولدات الصغيرة الصمغية بواسطة المعالجة اللائقة حصل لينها وانفجرت الطبقة البشرية واستحالت الى قرحة والتولدات الصمغية الزهرية يمكن ان ينشأ عنها تهتكات ممتدة فى الانف والحلق والبلعوم والحنجرة ولا يندر ان يمتد التهتك الى المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى والسمحاق والغضاريف بل والعظام وعند شفائها كثيرا ما تحصل تضايقات ندبية

(سادسا الالتهاب القزحى الزهرى)

التهاب القزحية والمشيمة يعد أيضا من الاضطرابات الغذائية التى لا يندر ظهورها بتاثير السم الزهرى فان هذا الالتهاب كثيرا ما يضاعف الطفحات الجلدية الزهرية ثم أن الاوصاف الخاصة النوعية التى بها يميز الالتهاب القزحى الزهرى عن غير الزهرى لاسيما انجذاب الحدقة الى الاعلى والانسية ينكرها مشاهير المؤلفين المشتغلين بعلم الرمد ويوجد زيادة عن الالتهاب القزحى الزهرى البسيط التهاب قزحى زهرى ذو تولدات صمغية ونحيل شرح هذا المرض الاخير واعراضه الخاصة به الى كتب الرمد

(سابعا الاصابات الزهرية للعظام)

(والسمحاق)

العرض الكثير الحصول فى الداء الزهرى هو الآلام الشديدة التى تظهر على سير العظام بدون تغيرات مادية مدركة وهذه الآلام تكون فى الابتداء متنقلة ثم تصير فيما بعد حادة وقاصرة على بعض العظام سيما ما كان منها سطحيا تحت الجلد كالقصبة وعظام الجمجمة وهذه الآلام تزداد بالضغط عادة وتنحط فى أثناء النهار وتشتد اشتدادا عظيما فى اثناء الليل وهذه الآلام العظمية يظهر انها تنشأ عن تغير مرضى خفيف فى السمحاق يزول بسرعة وهو عبارة عن احتقان وأوذيما التهابية خفيفة فى هذا الغشاء والتوتر العظيم الذى يعترى السمحاق من اقل ارتشاح يوجد به بسهولة شدة الآلام لاسيما وان هذا الغشاء شديد التوتر طبيعة

وفى الاحوال الثقيلة من الداء الزهرى المزمن تتكون انتفاخات فى بعض العظام وذلك حال ارتقاء الآلام الى درجة عظيمة سيما مدة الليل وهذه

الانتفاخات العظيمة تسمى بالتولدات الصمغية ان كانت رخوة جبنية وبالتولدات العظمية ان كانت شديدة الصلابة وتوجد هذه الاورام كغيرها من الامراض العظمية الزهرية في قصبة الساق وعظام الجمجمة والقص وغيرها من العظام التي تحت الجلد مباشرة والتولدات الصمغية سميت بذلك نظرا للسائل اللزج الذي يسيل منها عند شقها وتتكون من خلايات ونوايات ومنسوج ضام قليل جدا وسائل غزير لزج متراكم بين الخلايا وبعضها وهي حينئذ بالنسبة لتاليف جوهرها تشابه للتولدات الصمغية الجلدية الزهرية الرخوة الحديثة وهذه التولدات الصمغية يمكن ان يصغر حجمها وتزول بالكلية وذلك عقب امتصاص السائل والعناصر الخلائية بعد مكابدتها للاستحالة الشحمية وقد يتكون فيها صديد في بعض الاحوال فتستحيل الى خراجات تنفتح من ذاتها او بالصناعة وينسكب متحصلها نحو الخارج

واما التولدات العظمية فهي وان كانت ذات صلابة عظيمة من ابتداء تكونها بحيث يزعم الطبيب غير المتمرن انها انتفاخات عظمية حقيقية عبارة عن تيبسات حديثة محدودة في السمحاق ناشئة عن نضح التهابي فيه والالتهاب السمحاقي الذي ينشا عنه تلك التيبسات له ميل قليل للتقيح وكثيرا ما يمكن تحلل هذه التولدات العظمية الصلبة بالمعالجة اللائقة المستمرة المتبادر في اجرائها وعند استمرار هذه التولدات العظمية زمنا طويلا يصير السمحاق مجلسا لتكون عظمي فتستحيل الى اورام عظمية حقيقة وحينئذ لايتاتى تحللها وزوالها ويوجد زيادة عن هذه الاورام العظمية الناشئة في الحقيقة عن تولد عظمي في السمحاق اورام عظمية اخرى ناشئة حقيقة عن نمو التهابي في العظام نفسها ثم ان كلا من التولدات العظمية الصلبة والاورام العظمية الحقيقية يمكن أن ينشأ عنها بضغطها على الاعضاء المجاورة آلام عصبية ونقد في الاحساس والحركة بل وان كان مجلسها السطح الباطن من الجمجمة يمكن أن ينشأ عنها ظواهر مرضيه دماغيه ثقيلة

وأما التسوس والتنكرز الزهريان فانهما يكونان في بعض الاحوال نتيجة الالتهاب السمحاقي التقيحي فان الصديد المتكون بين السمحاق والعظام

بفصل القطع العظمية عن أوعيتها المغذية وقد ينشأ ن فى أحوال أخرى عن قروح فى الاجزاء الرخوة تغور الى الباطن وتعرى السمحاق والعظام وفى احوال خلاف السابق ذكرها الايصاب السمحاق ابتداء فيكون كل من التسوس والتنكرز العظميين نتيجة التهاب عظمى (بسيط اوذى تولدات صمغية) ناشئ عن التسمم الزهرى ولا نتعرض هنا لكون تعرى العظام عن سمحاقها والتهابها يؤديان احيانا لتقرح العظام اعنى التنكرز وموت قطع عظمية صغيرة أو كبيرة فى احوال أخرى فان ذلك من تعلقات الجراحة العامة وان حصل فقد جوهر عظمى عقب التنكرز الزهرى فمن النادر ان يستعاض فقد الجوهر بتكون عظمى بل الغالب ان يبقى انبعاج فى محله أو ثقب ذو حواف ملساء ان كان قد حصل فيه تثقب ثم ان كلا من تسوس العظام وتنكرزها الزهريين يشاهدان عند المصابين بالداء الزهرى فى عظام الجمجمة والوجه أكثر من مشاهدتهما فى عظام الجزع والاطراف بدون ان تكون هذه العظام الاخيرة سيما القص والترقوة والقصبة مصانة عن الاصابة بهما والتهتكات العظمية العظيمة جدا للداء الزهرى تشاهد على الخصوص فى عظام الانف وسقف الحنك والغالب ان يتهتك ابتداء الحاجز العظمى للانف والصفيحة العامودية من العظم المصفوى بحيث يحصل استطراق بين طاقتى الانف بواسطة فتحة متفاوتة العظم ثم يتهتك حاجز الانف بتمامه فيما بعد وكذا القرينات وجدر خلايا العظم المصفوى وجدر الجيوب الفكية العليا والعظام الانفية والظفرية فيفقد الانف شكله و ينخسف خلف ارنبته وحينئذ تبرز الى الاعلا والامام وان حصل التهتك فى قاع تجويف الانف وسطحه السفلى فالغالب ان يحصل تثقب فى سقف الحنك وبذلك يحصل استطراق بين تجويف الانف والفم فيشاهد حينئذ نفوذ المطعومات والسوائل من الفم الى الانف فى اثناء المضغ او الازدراد

وأما ان حصل تسوس الانف وتنكرزه الزهريان عقب امتداد القروح الظاهرة للغشاء المخاطى فى الغور وتهتك السمحاق فالغالب ان يوجد عند المرضى مدة طويلة من الزمن سيلان انفى صديدى منتن قد يكون مدمما يختلط به فيما بعد قطع عظمية صغيرة مسودة وكثيرا ما يتثقب حاجز الانف

فى مثل هذه الاحوال بدون مشاهدة تغير واضح فى الجلد المغطى لقصبة الانف وجناحه وأما ان كان تهتك العظام مسبوقا بالتهاب سمحاقى زهرى فانه يشاهد ابتداء فى الجلد الظاهر من الانف انتفاخا وذيماوى فى احدى صفحتى الوجه وقد ينثقب جلد الوجه والاجزاء الرخوة بواسطة الصديد والقطع العظمية المنفصلة فيخلف ذلك قروح ناصورية فى ظاهر الانف ثم ان التقرح الزهرى للانف المعروف بنتن الانف الزهرى قد يحدث تهتكا تاما فى عظام الانف فيتكون عن ذلك تجويف بشع الهيئة والمنظر

ويشاهد زيادة عن تسوس العظام وتنكرزها فى الداء الزهرى العتيق مرض عظمى ثالث مفسد للعظام وأول من شرح هذا المرض العظمى مع الدقة المعلم برنس وأما الشهير ورچوف فانه اول من نبه على كثرة تعلقه بالسم الزهرى وعرف المعلم الاول هذا النوع المخصوص من ضمور العظام الذى سماه بالضمور العظمى المركزى بانه عبارة عن تحلل اولين مركزى فى جوهر العظم يبتدى من السطح الباطن للقنوات والخلايا النخاعية مع انتفاخ واحرار فى المنسوج النخاعى المار فى باطنها ولا يكون هذا التحلل مصحوبا بتكون صديدى وبذلك تتسع التجاويف النخاعية عقب تلاشى جدرها فتتكون تجاويف غير منتظمة والقطع العظمية التى اعتراها هذا التغير تكتسب الهيئة الاسفنجية للعظام المتسوسة بحيث ان تلك العظام عند تعطينها لا يمكن التمييز بكونها اعتراها التسوس العظمى او الضمور المركزى للعظام وان ابتدأ الضمور العظمى المركزى فى السطح الظاهر من عظام الجمجمة اكتسب هذا السطح ابتداء هيئة خشنة متآكلة مشرزمة كما يحصل ذلك فى التسوس السطحى ثم يأخذ فقد الجوهر فى الغور شيأ فشيأ بحيث يؤدى الى تثقب الجمجمة فى بعض الاصفار والسطح الباطن من السمحاق الجمجمى الباطنى يكون فى جميع امتداد الاصابة محمرا منتفخا اسفنجيا والنخاع المتخلل بالاجزاء العظمية المصابة يكون مستحيلا الى مادة محمرة كثيرة الوعائية ملتصقة بالسمحاق الباطنى التصاقا متينا ولا يوجد ادنى اثر من افراز صديدى والجوهر العظمى السليم المحدد للاجزاء المريضة والمحيط بها قد لا يعتريه ادنى تغير أو انه يتكون جوهر

عظمى جديد حول الجزء المريض فيحيط به كما انه قد يتكون جوهر
عظمى جديد ممتد عند اصابة السطح الظاهر من الجمجمة وقد يتكون ذلك
ايضا عند اصابة السطح الباطن من تجويف الجمجمة ثم ان شرح الضمور
العظمى المركزى تبعا للمعلم برنس مطابق بالكلية للشرح الذى ذكره المعلم
ورچوف على التغير المرضى للعظام الذى سماه بالتسوس الجاف وبالضمور
الالتهابى للقشرة العظمية عند المصابين بالداء الزهرى بحيث لا يشك فى ان كلا
من هذين المؤلفين شرح بذلك حالة مرضية واحدة

﴿ثامنا فى الالتهاب الخصيى الزهرى﴾

﴿او القيلة الزهرية او ورم الخصية الزهرى﴾

قد ينشأ عن التسمم الزهرى التهاب فى الخصية يتميز عن باقى اشكال التهاب
هذا العضو ببعض صفات مخصوصة سيما بجلسه وسيره البطئ والالتهاب
يبتدى عادة بالطبقة البيضا الخاصة بالخصية وامتداداتها ويؤدى الى تولد
التهابى من اخلية ومنسوج خلوى حديثين على السطح الباطن من الطبقة
الخاصة لهذا العضو وبين القنوات المنوية وبضغط هذه التولدات الخلوية
الحديثة التى تنكمش فيما بعد وتكتسب صلابة عظيمة يتلاشى جوهر
الخصية الخاص ويوجد زيادة عن هذا الشكل البسيط من التهاب الخصية
الزهرى شكل ثان يتصف بتكوّن تعقدات يابسة جافة صفراء مبيضة زيادة
عن التولدات الخلوية الجديدة للطبقة الخاصة بالخصية وقد سمى المعلم
ورچوف الشكل الاول بالتهاب الخصية الزهرى البسيط والثانى بالتهاب
الخصية ذى التولدات الصمغية فعلى حسب رأيه يكون الشكل الاول عبارة
عن الورم الزهرى المنتشر والثانى عبارة عن الورم الزهرى ذى التعقدات
الصمغية

واعراض القيلة الزهرية هى تزايد تدريجى بطئ فى حجم احدى الخصيتين
يكون اما عديم الالم او مصحوبا بالام ناخسة تظهر زمنا فزمنا وتصير الخصية
اذ ذاك صلبة جدا وتفقد شكلها المنتظم وقد يبلغ حجمها قبضة اليد وليس
من النادر ان يتضاعف ورم الخصية بارتشاح مصلى فى الطبقة الغمدية وفى
بعض احوال قد تمتد الاصابة المرضية من احدى الخصيتين بعد تقدمها الى

﴿تاسعا فى الاصابات الزهرية للمنسوج الخلوى﴾
﴿والعضلات والاحشاء لاسيما الدماغ﴾

يشاهد كذلك فى هذا المرض اورام تتكوّن فى المنسوج الخلوى تحت الجلد والغشا المخاطى و بين العضلات وهذه الاورام اوصاف تطابق التولدات الدرنية الزهرية التى سماها المعلم ورجوف بالاورام الصمغية الزهرية وهذه الاورام قد تزول وتتحلل فى بعض الاحوال بالمعالجة اللايقة وقد يؤول حالها فى الاحوال الاخرى للتقيح فيتكوّن عنها اماخراجات او قروح مستعصية وكذا العضلات سيما عضلات الاطراف السفلى والعنق والقفا قد تكون محلا للاضطرابات غذائية وقد ميز المعلم ورجوف شكلين من الالتهاب العضلى الزهرى وهما الشكل البسيط والصمغى

أما الشكل الاول فهو عبارة عن تولد ونمو فى الجوهر الخلاى يعقبه تكوّن جوهر خلوى ندبى مع تلاش وضمور فى الالياف العضلية الاصلية واما الشكل الثانى ففيه تتكوّن فى العضلات اورام صمغية ذات حجم عظيم وهذه الاورام عند شقها تظهر على هيئة تراكمات ذات لون ابيض محمرا وابيض مصفرو ذات حزوز غير واضحة وبالبحث بالمكرسكوب يتضح وجود تحببات كثيرة دقيقة خلوية فى الجوهر الخلوى بين العضلات مع استحالة شحمية سريعة بها تزول الخلايا الطبيعية ولا يبقى منه الا خلايا حبيبية دقيقة شحمية لا نسيج لها وقد يشاهد مثل هذه المواد فى الجوهر العضلى للقلب فليس من البعيد للعقل ان بعض الاستحالات الندبية الجزئية للجوهر العضلى من القلب تكون ناشئة عن التهاب عضلى خفى فى جوهره او عن التهاب عضلى زهرى

وأما الاصابة الزهرية للاحشاء الباطنة فقد سبق الكلام على الالتهاب الكبدى الزهرى منها

وقد شاهد المعلم و جنر وغيره من المؤلفين اصابات مرضية فى غير هذا العضو من الاحشاء كالطحال والكليتين والبنكرياس وتلك التغيرات مطابقة بالكلية لما يشاهد فى الكبد وهى اما عبارة عن ثخن فى الطبقة المغمدة لها

والخاصة بها او عن تيبسات منتشرة فى جوهرها او عن تكوّنات عقدية محدودة فيها كما وان المعلم تورش قد تحقق له وجود الاصابة الزهرية فى الرئتين على شكل تيبسات عقدية ذات مقاومة عظيمة ولون مبيض او مسود عقب تراكمات بجمئنية مسودة فيها ومع ذلك فالحكم على الاصابة الرئوية بكونها زهرية او غير زهرية أمر عسر للغاية بل متعذر

واما الاصابات الزهرية الدماغية فهى اما عبارة عن التهابات سحائية مزمنة تعترى الام الجافية اما فى سطحها الظاهر او الباطن او تعترى الام الحنونة او العنكبوتية وتكون هذه الالتهابات اما محدودة او منتشرة وينتج عنها احيانا شلل فى بعض الاعصاب الدماغية واما عبارة عن اصابات زهرية على شكل بورات وهذه الاخيرة كانت تعتبر سابقا خطاء بانها اخراجات متكاثرة اودرن متجبن وقد تبتدئ بالعظام وتؤثر على الاعضا العصبية المركزية بطريق الضغط او امتداد التهيج

ثم انه يتضح من تعداد الاصابات الزهرية فى المنسوجات والاعضاء المختلفة ان مجلس الاصابة الزهرية متنوّع جدا زيادة عما كان يظن فى السابق وان ماقرره المعلم وجنرمن ان الورم الزهرى اى التولدات الصمغية يصيب جميع المنسوجات والاعضاء الوعائية امر حقيقى

(سير الداء الزهرى على العموم)

من الغريب كون انتشار السم الزهرى فى البنية ينشأ عنه زمنا فزمنا اعراض واضحة فى ازمنة أخرى مع عدم وجود شئ من العلامات الدالة على انتشار هذا السم فى البنية سوى انتفاخ العقد اللينفاوية وفى الغالب يمضى بعد شفاء القرحة الزهرية الاوّلية اقله بعض اسابيع قبل ان تظهر اللطخ العريضة

والطفحات الجلدية الزهرية وغيرها من علامات انتشار السم الزهرى تزول ثم بعد زوالها يحدث غالبا زمن خال عن الظواهر المرضية الى ان تطرأ ظواهر مرضية اخرى بها تضطرب الحالة الصحية الظاهرية وهذه الترددات أو النكسات التى تتعاقب فى اثناء سير هذا المرض جملة مرات غالبا لم يمكن توجيهها الى الآن توجيها شافيا ويختلف الزمن الذى يمضى بين شفاء الاصابة الزهرية الاوّلية وبين ابتداء اتضاح الظواهر الزهرية الثانوية كما يختلف

الزمن الكائن بين نكسات تلك الظواهر وبعضها وذلك باختلاف الاصول المرضية والشخصية ومعظم اسباب هذه الاختلافات والمؤثرات التي ينتج عنها قصر في حالة كمون هذا المرض اوطوله غير معلوم لنا ومع ذلك فمن الظاهر انه في احوال جودة البنية والمعيشة الجيدة تطرأ الظواهر الثانوية بسرعة وتتردد كذلك دون الاحوال المغايرة لها وزيادة قصر مدة كمون هذا المرض اوطولها يتعلق بالمعالجة التي صار اجراؤها ولقد قرر المعلم ابريسير ونحن تبعا له وبمقتضى تجاربنا العديدة ان الحالة الكامنة للداء الزهري لا تستمر بجملة أشهر فضلا عن جملة سنين متى كانت المعالجة التي صار اجراؤها غير زيبقية بل من حصول الظواهر الزهرية الثانوية ونكساتها غاية ما هنالك انها تتضح بعد ست اسابيع عقب شفاء القرحة الزهرية اليابسة الاولية وزوال الظواهر الزهرية الثانوية التي صارت معالجتها اخيرا ويحزم باعتبار كل مريض عولج معالجة غير زيبقية ولم تتردد عليه نكسة الداء الزهري بعد معالجته بثلاثة أشهر انه شفي ولا بد شفاء تاما فان كانت هذه الامور حقيقة وتأيدت بالمشاهدات كانت أحوال كمون هذا الداء التي استمرت مع التحقيق من عشر سنين الى عشرين متعلقة بالمعالجة الزيبقية بلا شك غير ان حالة الكمون ذات المدة المستطيلة جدا كما ذكرنا يعد من النوادر على كل حال كما يعد كذلك اتضاح الظواهر الثانوية الزهرية وظهورها قبل شفاء القرحة الزهرية الاولية الموجودة من منذ زمن قليل بل في الغالب تتضح الظواهر الزهرية الثانوية وتظهر بعد شفاء الاصابة الزهرية الاولية بثمانية اسابيع او أربعة أشهر وكذا في النكسات او الترددات المتعاقبة للظواهر الزهرية الثانوية تكون في الغالب ايضا متباعدة عن بعضها

ثم ان تعاقب اعراض انتشار السم الزهري واجتماعها مع بعضها تتبع بالتقريب قاعدة منتظمة وهي أنه متى أصيب شخص بقرحة زهرية يابسة وشفي منها فالغالب ان يظهر عنده بعد بعض اسابيع أو اشهر لطخ زهرية عريضة وتتضح عنده الذبحة الحلقية الزهرية ويكون مصابا عن الاصابة بالروبيا الزهرية اوالالوبس الزهري أو الاصابات العظمية الزهرية والعكس بالعكس اي انه متى وجد عند شخص نكسات في الظواهر الزهرية الثانوية كاللطخ

العريضة والوردية الزهرية ونحو ذلك تظهر عنده الروبية واللوبس الزهريان وقد سميت الاضطرابات الغذائية الثانوية الزهرية التي تظهر في الادوار الابتدائية من انتشار السم الزهري بالظواهر والاصابات الزهرية الثانوية واما التي تظهر عقب التسمم الزهري بزمن طويل وتصاحب بعضها فتسمى بالاصابات الثلاثية الزهرية ويعد من الاصابات الثنائية الزهرية عادة كل من الخيرجلات غير المؤلمة (اى انتفاخ العقد الليمفاوية غير المؤلم) واللطخ العريضة وجميع الطفحات الجلدية الزهرية ماعدا الروبيا واللوبس والقروح السطحية في الاغشية المخاطية والالتهاب القرحي كما يعد من الاصابات الثلاثية كل من الروبيا واللوبس وامراض العظام والاورام الصمغية للنسيج الخلوي تحت الجلد والغشاء المخاطي والمنسوج الخلوي الضام في الاعضاء الحشوية والاصابات الزهرية في العضلات والاعضاء الحشوية الباطنة وان قارنا كلا من هاتين الاصابتين مع بعضهما وجدنا ان الاصابات الثنائية قليلة الخبث والثقل بمعنى انها ليست ذات صفات مفسدة كالاصابات الثلاثية وانها تكون في الغالب قاصرة على الاعضاء السطحية كالجلد والاغشية المخاطية بخلاف الاصابات الثلاثية فانها تصيب الاعضاء الغايرة الرئيسة وتقسيم الاصابات الزهرية الى ثنائية وثلاثية جيد كذلك من حيثية المعالجة بقطع النظر عن صفاتها المرضية الباتلوجية الخاصة بكل من هذين القسمين غير ان الحد الفاصل بين الاشكال الثنائية والثلاثية يعسر علينا اثباته كما وان المجادلات العلمية بالنسبة لجعل اشكال متوسطة بين كل من الاصابات الثنائية والثلاثية كالورم الخصيي الزهري الذي لا يعد من جملة الاعراض الاولية للتسمم الزهري وبسبق اللوبس الزهري والاصابات العظمية الزهرية لا يتحصل منه على طايل ولا فائدة علمية

وقد تحصل الافات الزهرية الثقيلة في العظام في أحوال نادرة بعد انتشار السم الزهري بقليل ومذهب الاطباء المضاد للمعالجة الزيبقية ينسب حصول الاصابات الزهرية الثلاثية بسرعة للمعالجة المذكورة بل زيادة عن ذلك يزعم ان استعمال المركبات الزيبقية هو السبب في ظهور الاصابات الزهرية الثلاثية بناء على أن المركبات الزيبقية تحدث ازديادا عظيما وارتقاء في تاثير

السم الزهرى فى البنية ويقول أيضا ان الداء الزهرى لايصيب العظام متى لم يعالج بالمعالجة الزيبقية وكل من هذين القولين وان كان غير حقيقى وفيه مبالغة الا ان كلا منهما لم يخل عن الحقيقة نوعا فان الداء الزهرى ان لم يكن قد انطفى وحصل منه اضعاف البنية ونهوكتها بواسطة استعمال المركبات الزيبقية استعمالا مفرطا غير جيد فالغالب ان تنشأ اشكال ثقيلة خبيثة كاللوبس واصابات العظام أكثر مما فى الاحوال التى فيها يكون الداء الزهرى مصيبا الشخص لم يحصل فى بنيته ضعف ولا نهوكة بل يكاد يظهر ان خبث الافات الزهرية وارتقاءها فى كل نكسة وطور وهما فى الاحوال التى فيها لم تكن استعملت مركبات زيبقية متى كذلك على نهوكة البنية وضعفها الناتج من تردد النكسات السابقة وأقل ما هنالك انه يشاهد العكس عند الاشخاص الاقويا الجيدى البنية فانه ان لم يكن قد انطفى الداء الزهرى عندهم تكون النكسات ولابد أخف من التى قبلها

ثم ان المرضى المصابين بالداء الزهرى لا تظهر عندهم اضطرابات بنية عامة سواء كانت ظواهر حمية خفيفة (اعنى حمى طفحية) تسبق ظواهر العوارض الثانية وتصاحبها بحيث ان هؤلاء المرضى يتحملون الانتشار الزهرى زمنا طويلا بدون ان يحصل عندهم اضطراب بنيى واضح او حصلت عندهم نكسات متعددة وكان نومهم مضطربا بواسطة الالام العظمية واضمحلت قواهم بواسطة التقيحات المستطيلة ولا سيما متى حصل عندهم ضعف فى البنية بواسطة المعالجة الزيبقية الشديدة فانهم يقعون فى حالة نهوكة عمومية فيشاهد عندهم ما يسمى بالكاشكسيا الزهرية اعنى سوء القنية الزهرى وهذه التسمية غير صواب فان انتشار السم الزهرى لا يؤدى الى سوء القنية بكيفية لاواسطية بل يؤدى بها بكيفية واسطية اعنى بواسطة اضطراب التغذية العام الناشئ من جهة عن التسمم الزهرى ومن جهة اخرى عن الطرق العلاجية المستعملة ولذا ان سوء القنية الزهرى ليس له صفات مخصوصة يتميز بها عن غيرها من النهوكة غير الزهرية كما وان الاستحالات المرضية الشحمية او النشوية للكبد والطحال والكليتين وغيرها من الاعضاء الباطنة التى كثيرا ما تصاحب سوء القنية

الزهرى لاتختص بفساد الاخلاط الزهرى بل تشاهد كذلك فى أثناء سير التقيحات العظمية المستطيلة غير الزهرية وفى أثناء الكاشكسيا الاجامية والخنازيرية والراشيتسية ونحو ذلك

﴿المعالجة﴾

معالجة كل من التيبس الزهرى الابتدائى والقرحة الزهرية الاولية ينبغى أن تكون موجهة نحو الاصابة البنية العامة فان كلا من هاتين الظاهرتين الاوليتين ليس الاعرضا من اعراض التسمم البنى العام
وأما المعالجة الموضعية القاطعة فلا يمكن اجراؤها الا فى أحوال الجماع الدنس الذى يعقبه تسلخ واضح لكنا فى مثل هذه الاحوال ان احدثنا فسادا فى الجزء المتسلخ بالوسايط الكاوية لا نعلم ان كان عدم ظهور التيبس الزهرى وباقى اعراض الداء الزهرى ناتجة عن المعالجة القاطعة أم لا فانه لا يوجد عندنا علامات مميزة بين التسلخ الزهرى المتسمم وغير المتسمم وأما افساد الجزء المتصلب المتيبس بواسطة الكاويات او استئصاله بآلة فلا فائدة فيه بالكلية فانه يتكون فى الغالب عقب ذلك تيبس زهرى أخر فى احدى حوافى الجزء المنفسد او المستأصل وأما القرحة الزهرية الاولية فينبغى معالجتها طبقا لما ذكرناه فى معالجة الشنكر زيادة عن المعالجة العمومية فيجتهد ابتداء فى النظافة وتستعمل تارة غيارات بسوائل ملطفة وتارة أخرى بسوائل منبهة مع مس الجزء المتقرح مساسطحيا بالحجر الجهنمى او يذر عليه قليل من الراسب الاحمر

و يعالج كل من التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية الاولية من الباطن بواسطة المركبات الزيبقية مالم توجد أمور مخالفة لذلك ونحن وان علمنا ان كلا من التيبس الزهرى الاولى والقرحة الزهرية الاولية يزول و يشفى بدون معالجة زيبقية وان المعالجة الزيبقية لا تمنع مع التأكيد من ظهور الاعراض الزهرية الثانوية الا ان الامر الحقيقى الثابت من أن شفاء القرحة الزهرية الاولية والتيبس الزهرى يحصل بسرعة بواسطة المعالجة الزيبقية دون غيرها وان العوارض الثانوية تحصل بندرة وان ظهرت يتأخر ظهورها بالمعالجة الزيبقية دون غيرها يكفينا بانفراده فى تفضيل المعالجة

الزيبقية عن غيرها وزيادة عن ذلك فان الاستعمال الجيد مع الاحتراس للمركبات الزيبقية يندر أن يؤدى لعوارض مكدرة كما قرره المذهب المضاد للمعالجة الزيبقية وقد كنت فى ابتداء أشغالى بالطب العملى فى السنة الاولى لا استعمل المعالجة الزيبقية فى الاصابات الزهرية لكننى التزمت فى السنة الثانية باستعمال المركبات الزيبقية فى معالجة كل من التيبس الزهرى الابتدائى وفى أغلب الاصابات الزهرية الثنائية وعدد المرضى التى عالجتها بهذه الكيفية وان كان لا يمكن قياسه ومقارنته لعدد المرضى التى تعالج فى مرستان عظيم الا انه كاف لى فى اثبات المبالغة التى قيلت فى حق المعالجة الزيبقية ونتائجها المكدرة فان اغلب المرضى التى عالجتها فى الداء الزهرى بالمعالجة الزيبقية بقيت فى البلدة التى انا قاطن فيها تحت نظرى وكنت طبيبا لعائلاتهم فى منازلهم بعد زواجهم ولم تتحقق لى النتايج المكدرة للمعالجة الزيبقية لا فيهم ولا فى ذريتهم كما ذكره وبالغ فيه بعض الاطباء المشتغلين بهذا المرض فى المارستانات فقط ولم يلاحظوا امراضهم بعد خروجهم من المارستان لغيابهم عنهم فالمشاهدة المستمرة من منذ سنين عديدة مع الملاحظة لعدد عظيم من الاشخاص التى عولجت بالمعالجة الزيبقية الصائبة مع الاحتراس الزمنى انا اكون من ضمن الاطباء المستعملين للمعالجة الزيبقية وانتقالى من صف الاطباء المضادين لاستعمالها

وليس من خواص موضوعنا هنا تعداد جميع الطرق العلاجية الزيبقية المشهورة ولا التعرض لكيفية اجراء كل منها بغاية الدقة مع ذكر الحبوب التى يلزم تعاطيها فى كل يوم وكيفية الارتقاء بعدد تعاطيها او النزول به فاننا نعلم ان جميع الطرق العلاجية المضبوطة ضبطا كليا صناعيا ليست غير جيدة وغير ضرورية فقط بل خطرة فانها تلجئ الاطباء غير المتمرنين الطايشى الذهن على معالجة جميع المرضى بكيفية واحدة وقد دلت التجارب على ان تأثير الزيبق فى الداء الزهرى ليس متعلقا بشكل هذا الجوهر الدوائى أى بان كان اعطاؤه على شكل تحت اوكسيد او اكسيد او ملح او المركبات اليودورية او الكلورورية كما ان تأثيره فى هذا الداء غير متعلق بالطريقة التى يعطى منها والذى يؤثر منها على الدم بان كان تعاطيه من طريق القناة الهضمية او الجلد

فالقاعدة العامة عند اعطاء المركبات الزيبقية هو ان يراعى زيادة عن تأثيرها المضاد للداء الزهرى عدم ضررها للغشاء المخاطى للقناة الهضمية او تجنبه بالكلية وذلك اما بكوننا ننتخب مركبا زيبقيا خفيف التأثير على القناة الهضمية وغير محدث لضرر عظيم على غشائها المخاطى او بكوننا نوصل الزيبق الى الدم من طريق الجلد ومتى اعتبرنا ان التأثير المضر الذى يحدثه كل من تعاطى الزيبق الحلو ويودور الزيبق وغيره من المركبات الزيبقية على الغشاء المخاطى المعوى عظيم للغاية التزمنا بالاقرار بان اعادة استعمال الطريقة العلاجية الزيبقية بالدلك على الجلد من الامور المهمة فى تقدم معالجة الداء الزهرى لكن حيث اننا نعلم ان التأثير المضر للمركبات الزيبقية قليل ووقتى فلا يمكننا أن ننضم الى الاطباء الذين بالغوا فى مدح اعادة المعالجة الزيبقية بالدلك على الجلد مبالغة عظيمة واعتقدوا ان ذلك من المفاخر العظمى التى تعود عليهم ومع ذلك فليس القصد من هذا القول بان الدلك بالمرهم السجابى على الجلد ليس من الطرق غير الجيدة وغير النافعة فى معالجة الداء الزهرى بل اننا نلتجئ لاستعمالها بكثرة فى الطب العملى فان هذه الطريقة يمكن ان ينتج عنها من المنفعة مثل ما ينتج عن جميع الطرق العلاجية الزيبقية ولا نعلم لها ضررا سوى انها تحدث التلعب احيانا بكيفية سريعة وكثيرة الشدة زيادة عن غيرها من الطرق العلاجية الزيبقية ونتبع فى استعمال هذه الطريقة ما قرره الشهير سيجموند (فانه لا ينتج عنها الضرر العظيم مثل المعالجة الزيبقية بالدلك التى قررها كل من المعلم لوفرييه وروست) لكننا لا نتبع ما قرره الشهير سيجموند من كل وجه بالنسبة لاجراء طريقة الدلك الزيبقى انما نستعمل الدلك كل يوم بعد استعمال حمام فاتر او حمامين بقدر جرام من المرهم الزيبقى الى اثنين او بقدر ٤ جرامات (اعنى درهما) والعادة انه يدلك به فى اول يوم من الجهة الباطنة من الساقين وفى ثانى يوم من الجهة الباطنة من الفخذين وفى ثالث يوم من الجهة الانسية من العضدين وفى اليوم الرابع على الظهر وفى اليوم الخامس على انسى الساقين من جديد وليس من الضرورى بالكلية اتباع هذا الترتيب فى الدلك على هذه الاجزاء

و يفعل الدلك بواسطة المرضى نفسها فى الاجزاء التى يمكن وصولها اليها وتفعل من خدماء المرضى فى غيرها من الاجزاء ومدة الدلك تكون من عشر دقائق الى ربع ساعة وقبل تكرار الدلك على جزء من هذه الاجزاء مرة ثانية ينبغى غسل الاجزاء التى دلكت قبل ذلك بالماء مع الصابون وقاعة المرضى لا ينبغى ان تزيد حرارتها عن اربعة عشر الى ستة عشر روميرمع تجديد هوائها كل يوم ولا مانع من تجديد ملابسهم واما ضم الطريقة العلاجية بالحمية القاسية الى الطريقة العلاجية بالدلك بالمرهم الزيبقى فليس واجبا بل مضرا ومتى اتضحت العلامات الابتدائية للتلعب الزيبقى فينبغى أيقان الدلك مع تنظيف الجلد من المرهم المتشبث به بواسطة حمام فاتر اوغسله غسلا جيدا بالماء مع الصابون وان حصل وقوف فى شفاء القرحة الزهرية اوتحلل التيبس الزهرى بعد زوال التلعب أولم يتقدم تحسين الظواهر الثنائية فيما اذا كانت المعالجة مستعملة ضد الظواهر الثنائية الزهرية وجب تكرار الدلك اذ بذلك يكاديتم الشفاء

والقاعدة العامة فى ايقاف المعالجة عند ظهور التلعب لا تتبع فيما اذا كانت المعالجة الزيبقية بواسطة الدلك او بواسطة الحقن تحت الجلد فقط بل تتبع ايضا مهما كان نوع المعالجة الزيبقية وذلك لاننا نعتبر ان ظهور التلعب علامة جيدة دالة على امتصاص كمية كافية من الزيبق ودخولها فى الجسم ومهما كان الدلك بالزيبق على شكل مرهم اوكان دخوله فى القناة الهضمية على شكل مركب فلابد وان يمتص جزء من المقدار المستعمل والجزء الآخر اما ان يبقى على الجلد او يندفع مع المواد البرازية حتى وان كان من المعلوم لنا بالدقة عظم كمية الزيبق التى ينبغى ادخالها فى الدم لاجل شفاء آفة زهرية شفاء تاما فلابد واننا لا نعلم مامقدار المرهم الذى ينبغى الدلك به ولا مقدار الزيبق الحلو ولا يودور الزيبق ولا السليمانى الذى ينبغى استعماله من الباطن حتى يتحصل على الغاية المطلوبة فالتلعب وان كان ليس امرا دالا على كمية الزيبق الممتص الا انه لابد وان يدلنا دلالة أكيدة على دخول كمية من الزيبق فى الجسم كافية فى احداث تأثير جيد على البنية بتمامها وقد ترتب على كون التأثير الجيد للمركبات الزيبقية المبين بالتلعب يعقب

بنتيجة ثانية وهى ابتداء شفاء الاضطرابات الغذائية الزهرية اعتبار هذا التلعب خطاء انه بحران جيد وهذا الاعتبار يقول به كثير من الاطباء سيما الاقدمين فان اعتبرنا حينئذ طبقا لما سبق بيانه ان ظهور التلعب عند استعمال طريقة علاجية زيبقية علامة جيدة (كتمدد الحدقة عند معالجة الصرع بالاتروبين) دالة على ادخال كمية كافية من الزيبق فى الجسم لا تضح لنا ان طروء التلعب بسرعة عند استعمال اى طريقة علاجية زيبقية ليس دالا على ضررها بل على منفعتها انما يعتبر من الضرر العظيم عدم ايقافها وقطع استعمالها قبل ان يصل هذا التلعب الى درجة عظيمة فان التلعب ليس له خواص شافية وينبغى معالجته بالمعالجة اللائقة متى ظهر بواسطة كلورات البوتاسا محلولا (درهم منه على ست اواق اعنى ٤ جرام على ١٨٠ من الماء ويعطى من ذلك ملء ملعقة كل كل ساعتين او باعطاء هذا الجوهر المذكور على شكل اقراص) والامر المعلوم المضر من انه عند استعمال طريقة الدلك الزيبقى لا يمكن معرفة مقدار الزيبق الذى دخل فى الجسم عند الدلك بالمرهم الزيبقى على الجلد قد زال من منذ استعمال الحقن تحت الجلد بواسطة محلول السليمانى فانه بهذه الطريقة التى ساوت طريقة المعالجة الزيبقية بالدلك بل فاقت عنها يمكن معرفة مقدار الزيبق الذى دخل فى الجسم بكيفية اتم حتى ان طريقة استعمال المركبات الزيبقية بالحقن تحت الجلد بها يمكن صون المعدة والقناة المعوية مثل صونهما فى طريقة المعالجة بالدلك الزيبقى ولنعترف اننا فى الابتداء لم نكن نقبل الحقن تحت الجلد بواسطة محلول سليمانى ولم نعترف بمنفعته ولم نتبع استعماله الا بعد ان اوصى به كثير من مشاهير الاطباء فاننا كنا نخشى من ان الآلام التى يمكن ان تنتج عن الحقن تحت الجلد بواسطة محلول السليمانى والتهاب الجلد وتنكرزه

تنكرزجزئيا ليست بنسبة المنفعة التى تترتب على استعمال هذه الطريقة وقد دلتنا التجارب على خلاف ذلك فان الآلام التى تحصل من استعمال الحقن تحت الجلد قليلة مطاقة قصيرة المدة مادام المحلول مخففا تخفيفا كافيا كما وانه يمكن تجنب حصول التهابات الجلد وتنكرزه بواسطة تخفيف السائل ايضا ويظهر ان امتصاص السليمانى بالحقن تحت الجلد

سريع جدا كامتصاص المورفين عند الحقن به تحت الجلد و بعبارة اخرى منافع هذه الطريقة تفوق بالكلية عن عوارضها بحيث ان كل طبيب اشتغل فى الزمن الاخير بمعالجة الداء الزهرى بواسطة الحقن تحت الجلد يعترف ان الطبيب (ليفين) الذى ادخل هذه الطريقة فى معالجة الداء الزهرى استحق بلا شك زيادة الفضل والمدح وكنا نستعمل سابقا فى الاكلينك الحقنة البسيطة السهلة الثمن (للعلم ليتر) التى تقبل نحو الاثنى عشرة قمحة اعنى (٧٢ سنتجرام) من السائل وكنا نحقن بها مقدار اثنى عشرة نقطة من المحلول السليمانى المركب من قمحة على درهم من السائل اعنى (٦ سنتجرام) على ٤ جرام من الماء ثم استعملنا بنجاح الحقن مرة او مرتين كل يوم بمحلول مركب من قمحة من السليمانى على نصف اوقية من الماء المقطر اعنى (٦ سنتجرام) من السليمانى على ١٥ جرام من الماء المقطر ونحقن هذا السائل بواسطة حقن بيكريت التى تسع نصف درهم من السائل اعنى ٢ جرام فيكون مقدار السليمانى المحقون فى كل مرة ١/٨ من قمحة اعنى (٧٥) ملليجرام اى فى محلول اخف من المحلول السابق ار بع مرات وقد اتضح لنا جودة استعمال الحقن بالسليمانى تحت الجلد فى الاكلينك الخاص بنا بقصر العينى مرات عديدة لاسيما فى الاصابات الزهرية الدماغية وكنا نستعمل هذا الجوهر محلولا بالكيفية الآتية وهو ان يحل واحد دسى جرام من السليمانى فى عشرة جرامات من الماء او فى جرامين ونصف من الجلسرين وسبعة ونصف من الماء وكنا نحقن بهذا المحلول فى صفرين نصف حقنة يعنى ٥ دسى جرام من المحلول فيها ٥ ملليجرام من السليمانى وبهذه الكيفية تكون العوارض الموضعية للحقن تحت الجلد بالسليمانى قليلة

والجوهر الذى نستعمله من الباطن فى اغلب الاحوال عند وجود التيبس الزهرى او القرحة الزهرية الاولية هو الزيبق الحلو فان هذا الجوهر الدوائى لابد وان تأثيره المضر على القناة الهضمية غير عظيم وغير مستمر دون باقى المركبات الزيبقية سيما اذا كان استعماله من الباطن بمقدار لطيف مناسب ولو كان تأثيره بخلاف ذلك مع كثرة استعماله فى الطب العملى عند الاطفال وغيرهم لشاهدنا منه ضررا عظيما عند كثير من

الاشخاص وماعلينا الان ننبه على كثرة استعمال كل من مسحوق بلوميير في الارماد الخنازيرية وغيرها من الآفات الخنازيرية ايضا واستعمال المقادير الصغيرة من الزيبق الحلو في معالجة اسهال الاطفال والمقادير العظيمة منه المستمرة التعاطي الى ان يحصل التلعب في الذبحة الغشائية الخجرية والالتهاب البليوراوي وغيره من الآفات الالتهابية لم يزل مستمرا الى وقتنا هذا بل كان من قبل بعشر سنين او عشرين اكثر انتشارا وقد دلت التجارب العديدة على ان كثيرا من الاشخاص الذين يستعملون الزيبق الحلو مدة قصيرة او طويلة من الزمن ولو لم يكونوا مصابين بالداء الزهري لا يحصل لهم ادنى ضرر بالنسبة لهضمهم ولا لصحتهم العامة بل تبقى صحتهم كما كانت قبل استعمال هذا الجوهر الدوائي وقلة استعمال الزيبق الحلو في الامراض الزهرية في بلاد المانيا وقلة شهرته فيها بانه مضاد للداء الزهري وتفضيل استعمال السليماني الاكال في هذا الداء عند كثير من الاطباء سواء في الاصابات الاولية أو الثانوية انما نتج عن الاعتراضين الآتيين وهما كثرة حصول الاسهال الذي يحدثه الزيبق الحلو وسرعة احداثه للتلعب غير ان هذين الاعتراضين يمكن رفضهما بسهولة وهو ان الاسهال الذي يحصل في ابتداء المعالجة الزهرية بالزيبق الحلو لا يستدعي انقطاع المعالجة (بقطع النظر عن كونه يزول من ذاته في الاسبوع الاول) كما اتضح لنا ذلك من المشاهدات العديدة وانه مع حصول الاسهال فظهور التلعب بسرعة يدل لنا دلالة أكيدة على ان الزيبق الحلو لم ينقذف الى الخارج بتمامه بل انه امتص منه مقدار كاف في المعاء ووصل الى الدم واما الاعتراض الثاني فنرفضه بان ظهور التلعب بسرعة من الامور التي يترتب عليها تفضيل استعمال الزيبق الحلو لسهولة تأثيره لا رفضه ونعترف انه في الاحوال التي بها يتأخر طروّ التلعب وظهوره عقب وجود استعدادات شخصية زيادة عن الزمن الذي ينتظر طروّه فيه أو عدم ظهوره بالكلية يوقعنا ذلك في المخاطرة بادخال كمية عظيمة من الزيبق في الجسم فانه ليس عندنا أمر آخر نرتكن اليه في قطع استعمال المركبات الزيبقية سوى ظهور التلعب ويعطى للبالغين من هذا الجوهر الدوائي مقدار قمحة على مرتين او قمحة ونصف على ثلاث

مرات و يكرر ذلك ثلاث مرات فى النهار وعند استعمال هذا الجوهر الدوائى مسحوقا يلف بورق البرشام وذلك لاجل منع تأثيره على الغشاء المخاطى الفمى مباشرة لكن العادة ان يعطى الزيبق الحلو على شكل حبوب وذلك بمزجه بمسحوق العرقسوس وخلاصته ويصنع حبوب منه تشتمل كل حبة على نصف قمحة

و يفضل بعد استعمال الزيبق الحلو فى الداء الزهرى يودور الزيبق الاصفر ولا نعرف وجه تفضيل هذا الجوهر الدوائى على الزيبق الحلو عند بعضهم فاننا نشاهد حصول مغص شديد فى البطن عقب استعماله استعمالا مستمرا وهذا المغص لايشاهد مطلقا عند حصول الاسهال الناتج عن استعمال الزيبق الحلو ولذا يضم اليه الشهير ريكور الذى اوجبت شهرته الى تفضيل هذا الجوهر الدوائى عن غيره من المركبات الزيبقية واستعماله لمسكنات المستعملة بكثرة وتصنع بالكيفية الآتية الحبوب المسماة باسمه بان يؤخذ من يودور الزيبق الاصفر درهم ونصف اعنى ٦ جرام ومن خلاصة الافيون المائية ٩ قمحات اعنى ٥٠ سنتيجرام ومن خلاصة خشب الانبياء المائية درهم واحد اعنى ٤ جرام يمزج جميعها ويعمل ٣٦ حبه وقد استعمل ابتدا ريكور من هذه الحبوب واحدة اواثنتين فى اليوم ولكون استعمال هذه الحبوب ينتج عنه آلام شديدة فى البطن ولو مع اضافة الافيون اليها قد ترك استعمال يودور الزيبق من مدة زمن طويل

﴿تنبيه﴾ العادة عندنا فى استعمال يودور الزيبق الاصفر هى اعطاء حبوب ريكور المركبة بالكيفية الآتية وهى ان يؤخذ من
يودور الزيبق الاصفر

خلاصة الافيون المائية	١٥	سنتجرام
خلاصة خشب الانبيا	٥٠	جرام

يمزج ذلك ويصنع منه ٤٠ حبة تغلف ويعطى منها كل يوم من حبتين الى ثلاثة اوتعطى هذه الحبوب المركبة على حسب طريقة سيجموند وهى
يودور الزيبق الاصفر

افيون نقى　　من كل　　٤٥ سنتجرام
خلاصة خشب الانبيا
مسحوق العرقسوس　　من كل كمية كافية

يمزج ذلك ويصنع منه ٣٠ حبة تعاق ويعطى منها كل يوم من حبتين فى الابتداء ثم اربعة فيما بعد

ومن الجواهر الزئبقية المستعملة ايضا فى الداء الزهرى السليمانى الاكال فنذكره هنا مع الاختصار فاننا ولو لم نكن نرغب فى استعماله ولا نمدحه الا ان هذا الجوهر الدوائى لم يزل اكثر استعمالا فى معالجة الداء الزهرى عند اغلب الاطباء والخواص السكاوية للسليمانى الاكال تمنع من استعماله بكمية عظيمة ولا نمدح الزيادة التدريجية فى مقادير هذا الجوهر عند اعطائه من الباطن فاننا لا نقر بان العشم فى اعطاء هذا الجوهر تدريجا لاجل تعود المعدة على تاثيره بحيث يمكن تحمل مقادير عظيمة منه فيما بعد يصادف محلا وزيادة عن ذلك فباعطاء هذا الجوهر الدوائى بمقدار صغير لا يمكن معرفة الزمن الذى فيه يجب قطع المعالجة الزئبقية لان العلامة الوحيدة هى تاثر الفم وحصول التلعب وسبب مدح السليمانى الاكال فى معالجة الداء الزهرى من كثير من الاطباء هو احداثه للتلعب ببطء وانه باستعماله لا يدخل فى الجسم ويمتص منه الا مقادير صغيرة ونحن لا نعترف بان هذين الوجهين يترتب عليهما تفضيل السليمانى عن غيره من المركبات الزئبقية كما ذكرناه فيما سبق لكننا لا ننكر مع ذلك ان كثيرا من المرضى المصابة بالداء الزهرى يشفى بواسطة المعالجة بالسليمانى ولا سيما باستعمال طريقة العلامة زوند التى نعتبرها غير جيدة وان أريد استعمال السليمانى الاكال من الباطن لا ينبغى ذلك عند فراغ المعدة ويعطى هذا الجوهر الشديد التأثير على شكل حبوب ولا ينبغى صنع هذه الحبوب مع لب الخبز كما هى طريقة زوند بل ينبغى صنعها بمسحوق العرقسوس وخلاصته وكذا لا ينبغى الارتقاء فى مقادير استعمالها كما هى قاعدة الطريقة المذكورة وذلك بان يعطى من خمس قمحة من السليمانى الى قمحة ونصف أعنى من ١٠ ملليجرام الى ٩٠ ملليجرام بل يعطى من السليمانى كل يوم نصف قمحة الى ثلاثة ارباع قمحة أعنى من ٣ سنتجرام

الى ٤ ويعطى ذلك على اربع مرات

﴿وها هى الحبوب المستعملة على طريقة زوند﴾

ثانى كلورور الزئبق ١٠ س ح أعنى ٩ سنتى جرام

لب الخبز لذلك

يعمل تسع حبات ويعطى من ذلك فى الابتداء حبة واحدة ثم يرتقى فى التعاطى كل يوم أو اثنين أو ثلاثة الى ان يصل الى استعمال التسع حبات كل يوم

﴿واما الحبوب المستعملة على طريقة غاير فهى﴾

ثانى كلورور الزئبق ٣ سنتى جرام او ٤ اعنى من نصف قمحة الى ثلاثة ارباعها

مسحوق العرقسوس وخلاصته لذلك يعمل من ذلك أربع حبات تعطى على أربع مرات فى النهار ويستمر على ذلك بدون ارتقاء بشرط ان يكون تعاطيها والمعدة محتوية على مطعومات

ولاجل تجنب التأثير الكاوى السليمانى على المعدة قد فضل بعضهم اعطاء هذا الجوهر على شكل زلال السليمانى أعنى مزج زلال البيض مع السليمانى وهو المركب الذى يتكون عقب ادخال السليمانى النقى فى المعدة وملامسته للغشاء المخاطى المعدى وفى الحقيقة دلت التجارب على ان بهذه الكيفية يمكن اعطاء السليمانى من الباطن بمقدار ضعف ما سبق بدون ضرر ولو فضلنا استعمال السليمانى الاكال على غيره من المركبات الزئبقية لاستعملناه بهذه الكيفية والشهير برنس برونج يعطى زلال السليمانى بالكيفية الآتية وهى ان يؤخذ من

ثانى كلورور الزئبق ١ ديسى جرام أعنى قمحتين ٢

زلال بيضة واحدة

ماء مقطر ست أواق أعنى ١٨٠ جرام

كلوريدرات النوشادر ٤ جرام أعنى درهم واحد

يمزج ذلك جيدا ويعطى من هذا المخلوط كل ساعتين ملعقة أكل وكذا التدبير الغذائى الذى يتبع فى اثناء المعالجة الزئبقية الباطنة ينبغى ان

يكون موافقا لحالة المريض ومن الجيد غالبا استعمال الحمية اللطيفة بدون الجوع المفرط بل توجد أحوال ينبغي فيها استعمال تدبير غذائي مقو كما ذكرناه عند الكلام على الشنكر اى القرحة الزهرية الرخوة وأما استعمال المعرقات هنا بعض المغليات كالعشبة كما هو العادة الجارية ولا لزوم لها وفي اثناء استعمال هذه المعالجة القوية التأثير ينبغي صون المرضى عن جميع المؤثرات المضرة وذلك بعدم تعرضهم لها وتنظيم معيشتها مع الدقة فمن الواجب حفظ المستعملين للمعالجة الزئبقية في اودهم سيما مدة الشتاء وعيادتهم في كل يوم

وحيث قد ذكرنا ان كلا من التيبس الزهري الاولي والقرحة الزهرية اليابسة وان كان يشفى بدون معالجة زئبقية غير ان كلا منهما بدونها يبطئ شفاؤه عما اذا استعملت تلك المعالجة الزئبقية وانه بدونها يسرع حصول الظواهر الزهرية الثانوية فعين ذلك يقال بالنسبة للطرق العلاجية الاخرى كطريقة المعالجة بالحمية القاسية مع المعالجة بالمسهلات المحية في آن واحد وكذا بمطبوخ (زيتمن) وغيره من المطبوخات المركبة التي يقصد بها التأثير على الجلد والكليتين والمعاء وتنبيه فعلها مع الحمية القاسية في آن واحد فاننا باستعمال هذه الطرق العلاجية استعمالا قويا واحداث تناقص عظيم في حالة التغذية العامة للجسم بواسطة مطبوخ (زيتمن) مثلا البسيط او المركب يمكننا ولا بد احداث سرعة عظيمة في شفاء الاصابات الزهرية الاولية لكن كثيرا ما نرى انه برجوع القوى للمريض بعد الجوع مدة أحد عشر يوما أو اثنين وعشرين يوما وزوال العرق والاسهال تبتدئ الظواهر الزهرية الثانوية في الظهور حالا واما استعمال المركبات اليودية في الاصابات الزهرية الاولية فلا ثمرة فيها لكنه ممدوح بكثرة من الاطباء المشتغلين بالطب العملي في القرى او المدن الصغيرة والذين يندر معالجتهم للداء الزهري وعندهم رعب عظيم من استعمال المركبات الزئبقية

والاصابات الثلاثية للداء الزهري ينبغي معالجتها مع غاية الدقة والاحتراس فان الخطاء في المعالجة في مثل هذه الاحوال يترتب عليه ضرر عظيم جدا زيادة عما يشاهد في غير هذا المرض والمعالجة

الزئبقية لها نجاح عظيم أيضا فى هذه الاصابات الزهرية فانه لا ينتج عن استعمالها تحسين تلك الاعراض فقط وشفاؤها بل ينتج عنها فى كثيرة من الاحوال شفاء تام فى المرض الاصلى البنيى لكن ان استعملت المعالجة الزئبقية فى الاحوال غير اللائقة فيها وتكرر استعمالها بغير دقة واحتراس فانها لا تطفئ الداء الزهرى بل تكسبه شكلا خبيثا جدا بحيث تصاب العظام وتنفسد وتحصل استحالات مرضية فى الاحشاء الباطنة بل ويمكن ان تهدد حياة المريض فاننا ان لم نشاهد فى العصر المستجد الاشكال الثقيلة الخبيثة من الداء الزهرى وتهتكاته المهولة كما كان يشاهد ذلك فى العصر السابق فما ذاك الا من عدم استعمال طريقة الدلك الزئبقى على حسب الطريقة القديمة الخطرة وغيرها من الطرق العلاجية الزيبقية الثقيلة ومن كون استعمال المركبات الزيبقية فى عصرنا هذا صار بغاية الاحتراس والدقة ودلالات استعمال المعالجة الزئبقية فى الداء الزهرى صار تاسيسها على القول الآتى وهو ان الاصابات الزهرية الثنائية تستدعى استعمال المركبات الزئبقية بخلاف الاصابات الزهرية الثلاثية فانها تستدعى استعمال المركبات اليودية وهذا القول وان كان غير أكيد لا يخلو عن الحقيقة فان الاصابات الزهرية التى تعد حقيقة من الظواهر الزهرية الثنائية تستدعى فى غالب الاحوال استعمال المركبات الزيبقية والاصابات الزهرية التى تعد حقيقة من الظواهر الزهرية الثلاثية لا تستدعى استعمالها غير انه يضاف الى القول السابق ولا بد ان الاصابات الزهرية الثنائية متى تكرر رقت معالجتها بالمركبات الزيبقية بدون نجاح تام فانها لا تستدعى تكرار استعمال المعالجة المذكورة ومما ذكرناه فى سير الداء الزهرى تتضح القواعد التى ينبغى اتباعها والتمسك بها فى معالجة هذا الداء فان القاعدة العامة المتمسك بها عادة وان كانت حقيقية فليست اكيدة ولا بد فى متى اصيب شخص بلطخ عريضة او بطفح جلدى زهرى او بغيرها من علامات الداء الزهرى الثانوى وكان قد اعتراه من منذ زمن كثير الطول او قليله بسر زهرى اولى او قرحة زهرية يابسة أولية فلا ينبغى التأخر فى اجراء معالجة زئبقية سواء كان قد استعمل معالجة زئبقية فى الاصابة الاولى أم لا وذلك بان يستعمل الحقن تحت الجلد

بواسطة

بواسطة محلول السليمانى كما تقدم ذكره او محلول پپتونات السليمانى وهو الممدوح فى العصر المتجدد او بان يعطى الزئبق الحلو من الباطن او بالدلك بالمراهم الزئبقى ولا يستثنى من ذلك الا حالتان الاولى أن تكون الحالة العامة للمريض مضطربة اضطرابا عظيما او واقعة فى ضعف عظيم اما بسبب الآفة الزهرية او بسبب استعمال معالجة زيبقية سابقة استعملت ضد الاصابة الاولية

الثانية شكل الاصابة الزهرية الذى يمنع من استعمال ذلك كالاصابات الزهرية العظمية واللبنوسية مثلا فهاتان الحالتان الاستثنائيتان النادرتان اللتان تمنعان من استعمال معالجة زيبقية عند ابتداء ظهور علامات التسمم الزهرى البنى فانه يكاد يكون اكيدا ان الداء الزهرى ان لم يشف بالمعالجة الزيبقية فى مثل هاتين الحالتين لا بد وان يكتسب صفة خبيثة للغاية

وأما نجاح المعالجة الزئبقية فى الاشكال الثانوية من الداء الزهرى فمحقق للغاية مالم يحصل فى البنية ضعف من قبل كما تقدم ذكره فكل من اللطخ العريضة والطفحات الجلدية والذبحات الحلقية الزهرية يزول بسرعة عظيمة جدا عقب استعمال المعالجة الزئبقية بل هنالك احوال عديدة فيها لا يحصل شفاء العوارض الزهرية المذكورة بالمعالجة الزيبقية فقط بل يشفى الداء الزهرى بهذه المعالجة شفاء تاما ومع ذلك توجد احوال أخرى فيها لا يشفى هذا الداء شفاء تاما بواسطة هذه المعالجة وينطفئ بالكلية بل يصير كامنا فقط وفى مثل هذه الاحوال تظهر اعراض اخرى للداء الزهرى بعد زوال الظواهر الثانوية اعنى تحصل فيها نكسات تحتاج على اختلافها لمعالجات مختلفة فان كانت هذه النكسات عبارة عن اضطرابات غذائية ضعيفة او لطخ عريضة سطحية على اللسان او بثور خفيفة على فروة الرأس وكانت جيدة بالنسبة للظواهر الزهرية الثانوية السابقة عليها فالاجود فى مثل هذه الاحوال عدم استعمال معالجة زئبقية فان الداء الزهرى لا ينطفئ فجاءة على الدوام بل الغالب ان يكون انطفاؤه مع التدريج بطيء ونحن نتعشم فى هذا الانطفاء التدريجى البطىء مادامت النكسات المتجددة اكثر خفة وجودة عن التى سبقت عليها واستعمال طرق علاجية زيبقية فى الاحوال المذكورة اخيرا وان ذكرنا انه لا فائدة فيه نوصى بملاحظة مثل هؤلاء المرضى مع الدقة التامة باستعمال

تدبير غذاءى لطيف وحفظهم من جميع المؤثرات المضرة حتى تزول العلامات الاخيرة من الداء الزهرى ومن الجيد عند مثل هؤلاء المرضى اتباع الطريقة العلاجية بالحمية القاسية بل واستعمال مطبوخ المعلم زيتمن فان المعالجة بهذه الكيفية وان كان لا ينتج عنها عند ارتقاء الداء الزهرى الى اشد درجته الا منفعة وقتية فقط يظهر انها تسرع فى الشفاء التام لهذا المرض عندما يكون اخذا فى الانطفاء وأما ان ظهر من النكسات ان المرض لم يكتسب سيرا جيدا بل كانت الاضطرابات الغذائية الجديدة قوية او اقوى من التى سبقت عليها وكانت من ضمن الظواهر الثنائية للداء الزهرى أيضا ولم يكن قد اعترى بنية المريض ضعف واضح فلا مانع من استعمال المركبات الزئبقية ثانيا بل وقد يكون استعمالها بكيفية اقوى واشد من المعالجة الزيبقية التى سبق اجراؤها وذلك فيما اذا ظهرت قروح زهرية فى الحلق وامتدت بسرعة واصطحبت بالتهاب حنجرى مثلا فيؤمر فى مثل هذه الاحوال باستعمال الدلك بالمرهم الزيبقى بمقدار درهم اى اربعة جرام او يعطى مقدار عظيم من الزيبق الحلو كما فى طريقة واينهلد وذلك بان يعطى كل يوم والثانى او كل يوم قدر ١٥ قمحات من الزيبق الحلو مرتين فى النهار وعندنا تجارب عديدة يضارب بها ما ذكره من الاعتراض كثير من الاطباء فى حق هذه الطريقة العلاجية بالقول بانها غير جيدة وانها تعتبر مجرد طريقة علاجية مسهلة وانه لا ينتج عنها تلعب وليس لها تأثير جيد على سير الداء الزهرى وشفاء الاصابات الزهرية فان تجاربنا العديدة تؤيد نجاح هذه الطريقة

وأما ان كانت نكسات الداء الزهرى من الاصابات الزهرية الثلاثية أو من الاصابات التى تعد بين الثنائية والثلاثية وكانت بنية المريض قد اعتراها ضعف اما بواسطة الداء الزهرى او بواسطة استعمال المركبات الزئبقية فلا ينبغى استعمال المعالجة الزيبقية بالكلية بل انها خطرة جدا فى هذه الاحوال ولذا لا نستعمل الزئبق ولو عند وجود احد الامور السابق ذكرها اعنى شكل النكسة الزهرية او ضعف البنية ونظن انه بهذا الاحتراس يمكننا تجنب مضار المعالجة الزئبقية بالكلية

وأما دلالات استعمال المركبات اليودية فى الاصابات الزهرية فلا حاجة

لطول الكلام عليها فانها تستعمل مع غاية النجاح فى جميع الاحوال التى فيها يتهشم بانطفاء الداء الزهرى انطفاء ذاتيا سريعا وفى جميع الاحوال التى فيها لا ينبغى استعمال المركبات الزئبقية تبعا لما بيناه سابقا ومتى اقتصر فى استعمال المركبات اليودية على الاحوال المذكورة واستعملت فيها مع غاية الاقدام والاستمرار والانتظام كما ذكرناه فى استعمال الطرق العلاجية الزئبقية اتضح لنا ان منفعة اليود فى الداء الزهرى لا تتأخر عن منفعة الزئبق بل تضاهيها فى القوة والجودة والمركب اليودى المستعمل بكثرة فى الداء الزهرى هو يودور البوتاسيوم والغالب استعمال هذا الجوهر الدوائى محلولا بقدر ستة دسيجرام الى جرامين فى كل يوم واستعمل بعض الاطباء مقادير اعظم من ذلك كما ان بعضهم اضاف الى هذا المحلول قمحة او اثنتين من اليود نفسه بقصد تقوية فعله لكن الذى يظهر ان ذلك لا يزيد الفعل الجيد ليودور البوتاسيوم وكذا يودور الحديد له منفعة عظمى طبقا لتجاربنا ولو قال بخلاف ذلك برنسبرنج ولا سيما تظهر فائدته العظمى فى الاحوال المصحوبة بانيميا واضحة والعادة استعمال هذا الجوهر الدوائى على هيئة شراب بان يؤخذ من شراب يودور الحديد ٧ جرام اعنى درهمين شراب بسيط ٦٠ جرام اعنى اوقيتين ويعطى من ذلك بعد مزجه ملء ملعقة شاى كل ساعتين وهذا المركب جيد المنفعة فى الاحوال المذكورة اخيرا وقد شاهدنا من تأثيره حصول التهابات نزلية يودية وطفحات يودية جلدية ايضا وظهور مثل هذه الاعراض عند استعمال الطرق العلاجية اليودية يلجئنا كظهور التلعب عند استعمال الطرق العلاجية الزئبقية لقطع المعالجة

والمعالجة اليودية ينبغى ان لا تصطحب بوضع المريض فى حمية قاسية وذلك بالنسبة لحالته العامة التى استوجبت استعمال هذه الطريقة لا الطريقة نفسها بل ينبغى ان يؤمر باستعمال أغذية قوية ويسمح له باستعمال مشروبات روحية مقوية كالانبذة والبوزة ان سمحت الحالة بذلك بل وعند وجود حالة ضعف عظيمة لا مانع من ان يضم الى استعمال اليود والحديد استعمال المركبات الكينية او زيت كبد الحوت

اما المعالجة الموضعية للاصابات الزهرية الثنائية والثلاثية فانها تنحصر مثلا في استعمال الدرن العريض المستطيل المدة فان هذه اللطخ وان حصل فيها صغر وجفاف في اثناء المعالجة الزيبقية الا انها قد لا تزول بالكلية وفي استعمال الاتروبين والاستفراغات الدموية الموضعية عند وجود التهاب قرحي وفي بعض أعمال جراحية يستدعي الحال لاجرائها عند وجود التهابات تقيحية او تسوس او تنكرز في العظام

وأما أغلب الاصابات الزهرية الثنائية والثلاثية فانها لا تستدعي معالجة موضعية

وأما تقيح الداء الزهري الذي يقصد به اطفاء الاستعداد للاصابات وشفا الداء الزهري البنيي فقد ترك الآن بالكلية فانه خال عن الثمرة والمنفعة بالكلية بل مضر لغاية ولا يستعمله الآن الا بعض الشبان بل غير المتمرنين من الاطباء التابعين لهذا المذهب وطريقة اجرائه هي ان يلقح للشخص المصاب بالداء الزهري البنيي بالسم الشنكري تلقيحا متكررا الى ان يصير التلقيح عديم المفعولية ويقطع النظر عن بعض الاشخاص الذين لقح لهم مائة مرة بل الف مرة بالسم الشنكري ولم يحصلوا على صيانتهم من العدوى بالشنكر يشاهد شفاء مستمر في الآفات الزهرية البنيية عند الاشخاص الذين وصلوا لدرجة بحيث لا يتأثرون من تلقيح السم الشنكري بل والاحوال التي حصل فيها شفا الاصابات الزهرية بقي الامر فيها مبهما بان كان حصول الشفاء ناتجا عن التلقيح بالسم الشنكري أم لا

﴿المبحث الثاني في الداء الزهري الوراثي﴾

(كيفية الظهور والاسباب)

لا نتعرض هنا لذكر اشكال الداء الزهري للمولودين حديثا التي تحصل من عدوى الطفل في اثناء الولادة بواسطة قروح زهرية في الاعضاء التناسلية للام أو بواسطة القروح الزهرية لحلمة الثدي وعدوى الطفل عند الرضاعة بظهور قروح في الشفتين أو في اجزاء أخر من الجسم فان الداء الزهري في مثل هذه الاحوال لا يختلف في شئ بالنسبة لسيره عن الداء الزهري للبالغين وأما الداء الزهري الوراثي الذي نريد التكلم عليه

هنا فينبغي به اشكال الداء الزهرى للمولودين جديدا الناشئة عن الداء الزهرى البنيي للاب وقت الجماع أوالداء الزهرى للام وقت العلوق وأصابته للجنين وليس من المعلوم لنا مع التأكيد كيفية انتقال الداء الزهرى من الاب أوالام الى الجنين ولذا لانتعرض الا الى ذكر الامور المهمة المعلومة من هذا الداء بدون ان نتعرض لتوجيهها

ومتى حصل العلوق عند امرأة مصابة بالداء الزهرى الثانوى فالغالب ان يهلك الجنين بسرعة وينقذف اما بواسطة الاجهاض أوالولادة السريعة والتعفن الممتد لمثل هؤلاء الاجنة يمنعنا فى مثل هذه الاحوال غالبا من التحقق بوجود أثر الداء الزهرى فى الجنين وكذا اذا حصل الحمل عند امرأة سليمة واعتراها الداء الزهرى الثانوى فى اثناء حملها فالغالب ان ينطرد الجنين المتعفن بواسطة الاجهاض أوالولادة وفى احوال أخرى قد يتم الحمل لكن الطفل يهلك قبل الولادة بزمن قليل أوفى اثناء حصولها ويشاهد حينئذ على جسم الطفل المنهوك الداء الزهرى أوانه لايشاهد عنده شئ سوى النحافة العظيمة ويندر ان يولد الطفل حيا ويعيش زمنا كثير الطول اوقليله وفى مثل هذه الاحوال اما ان تظهر اعراض الداء الزهرى بعد الولادة حالا أوان الداء الزهرى يبقى كامنا مدة من الزمن ولا تتضح اعراضه الا بعد جملة اسابيع أوأشهر وحيث ان الداء الزهرى البنيي فى الام له تأثير متلف جدا على حياة الجنين بحيث ان الاطفال المولودة من أمهات مصابات بالداء الزهرى البنيي تهلك قبل الولادة او بعدها حالا فمن الواضح ان معظم احوال الداء الزهرى الوراثى التى نحن بصددها ولها اهمية اكلينيكية وتحتاج لمعالجة طبية احوال تشاهد عند الاطفال المولودة من امهات مصابة بالداء الزهرى البنيي وقت العلوق بها ومن الامور العجيبة المثبوتة مع التأكيد كون الداء الزهرى ينتقل من الاب الى الطفل بدون ان يصيب الام الحاملة للطفل الزهرى البنيي فى رحمها والداء الزهرى الوراثى المتخلف من الاب الزهرى البنيي قد يتضح بعد الولادة حالا وتظهر اعراضه وفى احوال اخرى لا تتضح فيها الاضطرابات الغذائية الزهرية الواصفة الا فيما بعد

﴿الاعراض والسير﴾

اعراض الداء الزهرى الوراثى هى عبارة عن اصابات زهرية فى الجلد والاغشية المخاطية ومن النادر ان تصاب العظام وذلك فى الاحوال التى فيها يسير هذا المرض سيرا بطيئا قبل امكان اطفائه ولم تهلك الاطفال بسرعة والاحوال التى فيها تولد اطفال بعلامات الداء الزهرى او تشاهد عندهم بعد الولادة بايام قليلة تكون فى الغالب اكثر ثقلا وخطرا منه فى الاحوال التى فيها يبقى هذا المرض كامنا مدة طويلة من الزمن بعد الولادة فالاحوال الاولى التى يتضح فيها هذا المرض عادة بمجرد طفح جلدى حويصلى او بثرى مع زكام زهرى احيانا تدعا عبرت خطاء مدة طويلة من الزمن وكانت تشرح بانها بنفجوس المولودين جديدا والطفح فى مثل هذه الاحوال يبتدئ غالبا باخمص القدمين وراحة اليدين ثم يمتد الى الذراعين والساق ومنهما الى الجذع والى الوجه احيانا (وذلك يشاهد فيما اذا لم تولد الاطفال به) ويشاهد فى الابتداء طفح من بقع مستديرة فى حجم العدسة او الفولة ذات لون أحمر داكن وسخ وبعد استمرار هذه البقع مدة من الزمن تستحيل الى حويصلات صغيرة يجتمع سائل عكر فيها والحويصلات التى تكونت ابتداء تنفجر فتخلفها اصفار متراخية رطبة ليس لها ميل للشفاء وفى اثناء ذلك تظهر حويصلات أخرى فى أطراف أصابع اليدين والقدمين ولا يندر أن ينفصل بعض الاظفار والحويصلات التى تتكون فيما بعد تسير بالكيفية التى سارت بها الحويصلات الاولية وحيث ان تكون الحويصلات المذكورة يتجدد فى كل يوم نرى ان الاطفال المريضة يتعرى جلدها عن البشرة فى امتداد عظيم فتكون فى حالة مكربة وقد تشاهد الحويصلات المذكورة فى الفم والانف ومدة هذا المرض من ثمانية أيام الى أربعة عشر ويندر ان تمتد من ثلاثة أسابيع الى أربعة وينتهى دائما بالموت ومن المكدر بالنسبة للطبيب رؤية بعض الامهات الفطنات ملتفتة لحالة أولادهن ولنظافتهم وتغير جروحهم مع الاهتمام بلا فائدة بدون ان يعلمن ان هذا الامر ناشئ عن سوء سير أزواجهن فى الشبوبية

والاحوال الثانية من الداء الزهرى الوراثى هى التى يشاهد فيها هذا الداء

كامنا جلة أسابيع بعد الولادة (فان الطفح الحويصلى لايتأخر حصوله عن الاسابيع الاول من الحياة مطلقا) ومثل هؤلاء الاطفال قد تولد فى حالة جيدة من التغذية العامة ولا يمكن تمييزها عن اطفال غير زهرية البنية ثم يشاهد بعد أربعة عشر يوما من الولادة وفى أحوال أخرى بعد آر بعة اسابيع أو ثمانية ان الاطفال تكون فى حالة قلق عظيم ونحافة ويصيرلون جلدها وسخا والجلد يصير منتفحا جافا مشققا ولاسيما جلد راحة اليدين وأخمص القدمين فانه يتغطى بقشرة رقيقة كغلالة البصل وعما قريب تتعذر الرضاعة وذلك بسبب انتفاخ الغشاء المخاطى الانفى وبالافراز الغزير فيه يحدث شخير وتخم مخصوص يدل دائما على الداء الزهرى الوراثى بحيث لا يغتر الطبيب متى اعتبر هذا العرض هو والصفة الخاصة بالجلد فى تشخيص الداء الزهرى الوراثى ولو فقدت العلامات الاخرى وينضم فى غالب الاحوال لاز كام طفح جلدى يبتدئ عادة من دائرة الاست ويمتد منها الى اعضاء التناسل والجهة العليا من الفخذين والعجان والعجز وقد يمتد هذا الطفح لاجزاء أخرى من الجسم سيما الوجه وهذا الطفح يظهر انتقالات تدريجية من الشكل النكتى الى الشكل الحويصلى ثم القشرى فالنكت الصغيرة المتفرقة التى حجمها كحجم العدسة أو الفولة تكون مستديرة ذات لون نحاسى او اصفر محمر وتزول عند الضغط عليها بالاصبع وتكون اما مختلطة او مجتمعة وفى الابتداء تكون هذه النكت فى موازاة سطح الجلد ثم تعلو عليه بقليل لكنها لا تكون فى هذه الحالة الاخيرة محدبة بل تظهر مفرطحة كانها متقطعة وعند تقدم سير هذا المرض توجد مغطاة اما بقشور او صفيحات بشرية رقيقة مرتبطة ببعضها يسهل نزعها وتستحيل هذه النكت فى الاصفار التى تكون فيها ملامسة للبول او المواد البرازية الى تسلخات سطحية ومن الاعراض الملازمة للداء الزهرى الوراثى ظهور تشققات فى محال اتصال الجلد بالغشاء المخاطى لاسيما فى الفم والاست فيرى بوضوح ان الاطفال تخشى من حركة الشفتين المتشققة الدامية زواياها بحيث تخشى الرضاعة والضحك والبكاء وكذا التبرز يكون مصحوبا بآلام عظيمة بسبب التشققات العميقة المحيطة بالاست بحيث تتعنى الاطفال وتصيح عند كل مرة وقت

التبرز وينضم للتسلخات المذكورة الموجودة فى الاستاطح عريضة بل وقد تظهر تقرحات فى العجان وثنية الفخذين وغيرهما من اجزاء الجسم فى الاحوال المهمل فيها وتكون هذه القروح سطحية متسعة ذات شكل غير منتظم زاوى وينفرز من هذه القروح افراز قليل يستحيل الى قشور رقيقة جافة باختلاطه مع الدم وتلونه بلون أحمر مسمر

وقد أشرنا فيما تقدم الى انه من النادر جدا امتداد الداء الزهرى الوراثى الى العظام ومع ذلك فقد ذكرت أحوال فيها امتدت القروح السطحية للغشاء المخاطى الانفى فى الغور وادت لتهتكات عظيمة فى العظام الانفية وانخساف الانف فى السنة الاولى من الحياة وفى أحوال أخرى نادرة أيضا قد يختفى الداء الزهرى الوراثى فى سن الطفولية الاولى فلا يدرك أو يبقى كامنا عقب استعمال معالجته وحينئذ يتضح فى اثناء البلوغ باشكال خبيثة جدا كاللوبس او الاصابات العظمية الزهرية

وعند فعل الصفات التشريحية فى الاطفال التى هلكت من الداء الزهرى الوراثى او ولدت ميتة من أمهات زهرية البنية قد توجد فى الاحشاء الباطنة اضطرابات غذائية واضحة سيما فى الكبد والرئتين ويندر مشاهدتها فى الدماغ وهذه التغيرات تقتصر عادة فى الكبد على تيبس منتشر مستوفيه ويكون انتهاء للالتهاب الكبدى البسيط لا الصمغى وفى الرئة تشاهد تعقدات فى حجم الحمصة او الفندقة ذات مركز جبنى وهذه التعقدات سماها المعلم وزجوف بالتكبدات المبيضة وهى عبارة عن امتلاء الاخلية الرئوية بنضح غزير من مواد بشرية معتريها الاستحالة الشحمية وقد وجد المعلم شورت فى فى دماغ طفل هالك بالداء الزهرى الوراثى اورا ما هلامية فى حجم الفندقة مجلسها السطح السفلى من الفصوص المقدمة للدماغ وبالجملة فقد وجد فى بعض الاحوال خراجات فى التيموس المتمدد تمددا عظيما

﴿ المعالجة ﴾

لم تتمم الوسائط العلاجية الى وقتنا هذا فى الطفح الزهرى الحويصلى للمولودين جديدا وأما الشكل الثنائى من الداء الزهرى الذى سبق شرحه فيتحصل فيه بالمعالجة اللائقة على نتائج جيدة والطرق العلاجية المستعملة الممدوحة بكثر

هى استعمل مقادير صغيرة من الزيبق الحلو (بان يعطى منه صباحا ومساء من ١٠ر٠ الى ٢٠ر٠) أو أول يودور الزئبق بمقادير صغيرة مناسبة لسن الطفل أو الدلك بالمرهم الزيبقى اما فى كل يوم او يوم بعد الثانى بقدر ٥ح الى ١٠ أعنى ٣ دسى جرام الى ٦ ولا ينتظر ظهور التلعب بل ينبغى قطع المعالجة متى ظهر تحسين عظيم فى الظواهر المرضية ويبتدئ فيها ثانيا متى حصل وقوف فى التحسين ومن المهم حفظ قوى الطفل باستعمال غذاء لطيف لكن ليس من الجيد اعطاء مثل هؤلاء الاطفال مراضع فانهن يكن عرضة لخطر الاصابة وقد دلت التجارب على ان الطفل المصاب بالداء الزهرى الوراثى يندران يعدى أمه ويعدى بسهولة مرضعته وهذا يوجه بكون أم مثل هؤلاء الاطفال تكون ذات بنية زهرية وحينئذ تكون مصانة عن عدوى جديدة وقد تقدم مثل ذلك وقد فضل جرهرد استعمال حمامات السليمانى الاكال عند الاطفال بان يوضع منه فى الحمام محلولا من ١ر الى ٣ر٠ جرام بحسب صغر الحمام وعظمه ويستعمل يودور البوتاسيوم أيضا عند الاطفال لاجل مضارية العوارض الثلاثية فيعطى لهم ثلاث مرات فى النهار من ٣ سنتجرام الى ٢ ديسجرام وان كانت الاطفال واقعة فى ضعف عظيم يعطى لهم مقادير صغيرة من المركبات الحديدية وزيت كبد الحوت

﴿الفصل الثالث فى الاضطرابات الغذائية العامة غير المتعلقة بتسمم ما﴾

﴿المبحث الاوّل﴾

﴿فى داء الخلوروز أى بهاتة اللون وانتقاعه عند النساء﴾

يعنى بداء الخلوروز مرض يكاد يكون خاصا بالنساء ينشأ عندهن فى زمن النمو وهذا المرض بالنسبة لطبيعته يعتبر من نوع فقر الدم أى الانيميا لكنه يتميز عن باقى أنواع الانيميا بكون المفقود فيه من الدم هى العناصر الملونة له أعنى الكرات الحمراء أو المادة الملونة الحمراء لتلك الكرات الدموية بخلاف باقى الاجزاء المكونة للدم فانها لا تكون متناقصة وان حصل ذلك فلا يكون الا بكيفية استثنائية والى الآن لم نعرف حقيقة السبب الاصلى لتناقص الكرات الحمراء من الدم أو المادة الملونة لتلك الكرات وانما يجوز

القول بالاستنتاج الآتى وهو ان تناقص العناصر الملونة من الدم لا ينشأ عن سرعة تلاشى تلك العناصر بل بالاكثر عن تكونها غير التام

ثم ان الخلوروز مرض كثير الحصول جدا عند النساء من سن الاربع عشرة سنة الى سن الاربع والعشرين ومن القريب للعقل جدا ان التغيرات الفسيولوجيه التى تحصل فى جسم الشابات الابكار مدة البلوغ لها تأثير قوى فى حصول هذا المرض لكننا لا نعرف حقيقة هذا الارتباط الفسيولوجى مطلقا بل ولا توجد مؤثرات ظاهرية يمكن اعتبارها فى كل حالة راهنة أسبابا مساعدة على حصول هذا المرض فانه وان كان لا يبعد عن العقل فى أحوال كثيرة من هذا المرض ان كلا من الامراض الاخرى والمكث فى المحال غير الجيدة الهواء وقلة الرياضة ورداءة التغذية والانفعالات النفسية والامور المحزنة وقراءة الكتب الغزلية والاستمناء باليد وغير ذا من المؤثرات المضرة يساعد ولا بد فى ظهور هذا المرض الا انه يشاهد أيضا عند وجود شروط مخالفة لذلك بالكلية عند الشابات اللاتى يشتغلن طول النهار فى الهواء المطلق وتغذيتهن جيدة للغاية ولا يشتغلن بقراءة الكتب الغزلية وليس عندهن عادات قبيحة وانما الذى أذكره وشاهدته بدون استثناء عند الشابات اللاتى لم يبلغ سنهن زيادة عن الاثنى عشرة سنة أو ثلاثة عشر أى قبل بروز الثديين وظهور الكفل حصول هذا المرض بغاية الشدة متى أدمن على الاستمناء باليد أو السحاق وتقدم الطمث أى حصوله قبل الاربعة عشر سنة أو الخمسة عشر عند الشابات المصابات بالخلوروز ليس من الامور الملازمة لهذا المرض بل الغالب انه يصطحب بتأخير فى الطمث وفى مثل هذه الاحوال يعتبر تأخير الطمث نتيجة للخلوروز ومن النادر كونه سببا له وحصوله فى غير السنين المذكورة أعنى فى آخر سن الطفولية أو فى سن الثلاثين سنة أو بعده وحينئذ تعتبر أحوال الخلوروز التى تحصل فى السن المتوسط أو بعده نكسات لهذا المرض الذى سبق حصوله ويندر جدا مشاهدة أحوال من الخلوروز عند الشبان فمن المحقق ان كثيرا من الاحوال التى اعتبرت من الخلوروز عند الرجال ليست من هذا القبيل بل من قبيل الانيميا العرضية التى ستشرح فيما بعد

وهذا المرض يصيب الشابات على اختلاف بنيتهن فان نحفا البنيـة منهن وان أصبن بسهولة غيران اقوياءها منهن ذوات اللون المتورد لا يكن مصونات عنه وقد يظهر هذا الداء فى بعض العائلات بكثرة جدا بحيث يسوغ القول بتأثير الوراثة

الصفات التشريحية

التغيرات الواصفة للخلوروز توجد على الخصوص فى الدم الذى يعتبر ولا بد كما قاله ورچوف جوهرا أو منسوجا مكونا من خلايا ومادة سائلة بين تلك الخـلايا وكاد كرلا يوجـد فى السائل الضام بين الخلايا تغيرات مهمة ولا قارة لا كما ولا كيفا بل الغالب ان يكون تركيب هـذا السائل طبيعيا وفى بعض الاحوال تكون المادة الزلالية لهذا السائل الضام متناقصة بحيث ان تركيب الدم عند المصابات بالخلوروز يقرب من تركيبه فى سوء الاخلاط المائى أو الانيمارى وفى بعض الأحوال النادرة يظهر ان كمية المادة الزلالية فى السائل الضام بين الخلايا متزايدة فيوجـد مع تناقص الكرات الدموية تناقص فى تلك المادة الزلالية وفى كلتا الحالتين الاوليتين تكون كمية الدم العمومية متناقصة قليلة وأما فى الحالة الاخيرة فيكاد لا ينكر ازديادها بمعنى ان كمية الدم المطلقة ولو مع تناقص الكرات فيها تكون المادة المصلية متزايدة وبعبارة اخرى انه يوجد مع حالة فقر الكرات الدموية امتـلاء دموى مصلى والعلامـة الرئيسـة فى داء الخلوروز هى تناقص المادة الملونة للدم الذى قد يصل فى الأحوال الواضحة الى نصف الـكمية الطبيعية بـل الى ربعها وفى العادة ينسب تناقص المادة الملونة الحمراء من الدم الى تناقص فى الكرات الدموية الحـمراء ومع ذلك فقد صار من القريب للعقل انه يمكن تناقص تلك المادة الملونة الحمراء على حدتها فى دم المصابات بالخـلوروز فانه بعـد ان بين المعلم يوب تناقص تلوّن الكرات الحمراء من الدم فى هـذا المرض قد أثبت المعلم دونكان مع التحقيق بواسطة تعداد الكرات الدموية الحمراء ان ضعف قوّة التلون فى الدم الخلوروزى ناشئة ولا بد عن هذا السبب الاخير وقد استبان من ابحاثهم عن الدم انه يوجد فى كل ملليمتر مكعب من الدم الشعرى الوعائى كرات دموية حمراء بعدد ٥٠٠٠٠٠٠ فى الاحوال الخفيفة من الخلوروز يكون عددها

قليل التناقص لكن حجمها يتناقص جدا وتشتمل مع ذلك على قليل من المادة الملونة الحمراء فقد شوهدت حالة كانت لاتشتمل الاعلى نصف ماتشتمل عليه منها تلك الكرات فى الحالة الصحية وتبعا لما قرره العلم هيم يبقى عدد الكرات الدموية الحمراء على حالته عند استعمال معالجة لائقة بواسطة المركبات الحديدية الا انها تكتسب حجمها الاصلى وتلونها الشديد واما فى الاحوال الواضحة من هذا المرض فان عدد الكرات الحمراء يتناقص جدا زيادة عن النصف وباستعمال المركبات الحديدية يشاهد ظهور كرات دموية صغيرة باهتة وحينئذ تحصل فى الدم عين التغيرات التى تحصل فى الاحوال الخفيفة

وعند فعل الصفات التشريحية فى جثث المصابات بالخلوروز التى هلكن بمرض طرأ عليهن تشاهد الاعضاء الباطنة فى حالة بهاتة عظيمة وعلى حسب رأى الشهير ورچوف يشاهد فى الاحوال الشديدة المستعصية من الخلوروز صغر فى الشريان الاورطى وعدم نموّ فيه هو وباقى الاوعية الشريانية فقطر هذا الجذع الشريانى قد يوجد متضايقا جدا بحيث يعسر مرور الخنصر منه وتكون جدره مستدقة جدا فتدل على وقوف النمو ومع ذلك فجدر الشرايين تكون حافظة لمرونتها مالم يكن قد اعترى كلا من الطبقة الباطنة والوسطى استحالة شحمية وقد يصحب هذا النمو الغير التام فى الاوعية الشريانية تأخر ووقوف فى نموّ باقى الجسم فالقلب يكون ضامرا مثل باقى الاوعية لكن الغالب ان يكون حجمه طبيعيا أو قليل التمدد ومن النادر أن يكون ضخما

﴿الاعراض والسير﴾

العرض الكثير الوضوح فى الخلوروز هو بهاتة الجلد والاغشية المخاطية الظاهرة فعند الاشخاص ذوات المادة الملونة الجلدية البجمنتية قليلا كالشقر يكون لون السطح الظاهر من الجسم أبيض مخضرا وعندما تكون تلك المادة البجمنتية غزيرة كما توجد عند الاشخاص ذوات الشعر الاسود يكون لون الجلد الظاهر أصفر ومخضرا وسنجابيا بل وفى الاشخاص ذوات المادة الملونة البجمنتية الغزيرة جدا كالحبش والسودان يظهر انتقاع الجلد وبهاتته عندهم فيصير اسمر مصفرا ومخضرا وهذا التلون المصفر يكثر

اتضاحه فى الاذنين ولاسيما فى الملتحمة واللثة وسبب تناقص التلون المذكور واضح فان كلا من عدد ودرجة تلون الكرات الدموية الحمراء المتعلق بها تلون الدم باللون الاحمر وكذا التلون المحمر لباقى المنسوجات يكون متناقصا تناقصا عظيما كما بينا ذلك فيما سبق — واما حصول احمرار شديد وقتى فى الجلد عند المصابات بالخلوروز فأمر سهل التوجيه متى علمنا أن لون الجلد ينشأ من جهة عن لون الدم ومن اخرى عن امتلاء الاوعية الشعرية وتمددها فكما توجد اشخاص ذوات وجنات باهتة ولو مع دكنة لون الدم عندهن فكذلك توجد اشخاص خلوروزية لاتكون وجناتهن باهتة جدا ولو مع كون الدم باهت اللون وذلك لكثرة امتلاء الاوعية الشعرية للوجنتين أولتمددها تمددا دواليا وكذا الظاهرة المعلومة من ان اكثر المصابات بالخلوروز يحمر لونهن بشدة عقب المشاق الجسمية اوالانفعالات النفسية توجه ايضا بالامتلاء الدموى الوقتى للاوعية الشعرية كما سنذكر ذلك فيما ياتى

وكل من المنسوج الشحمى والخلوى تحت الجلد يكون على حالته الطبيعية عند المصابات بالخلوروز بل قد يكون متزايدا وهذا الامر مهم بالنسبة لتمييز الخلوروز عن باقى انواع الانيميا الثانوية التى تظهر فى اثناء سير التغيرات المرضية المهلكة اوفى اثناء سير غيرها من الامراض الخفية المحدثة لاضطراب فى تكون الدم وتركيبه فانه فى احوال الانيميا اوالايدريميا العرضيتين اللتين من هذا القبيل وكثيرا ماتختلطان بالخلوروز تزول مع تلون الجلد وانتقاعه الطبقة الشحمية الكائنة اسفله وكذا الظواهر الاستسقائية الممتدة فانها لاتوجد فى احوال الخلوروز الا بندرة جدا وانما الذى يشاهد احيانا هو الاوديما الخفيفة فى الاطراف السفلى لاسيما عقب المشى المستطيل واما التجمعات المائية العظيمة فانها توقظ الظن عند الطبيب الحاذق بان الانيميا الموجودة مرتبطة ولابد بداء خفى

والتنفس عند المصابات بالخلوروز يحصل فيه كذلك عوق عظيم فانه يفقد عندهن اكثر من نصف الكرات الدموية الحمراء وهى التى تقبل الاوكسيجين وتطرد حمض الكربون ويظهر ان هذا الاضطراب ينتج عن تهيج الاعضاء المركزية العصبية التنفسية بسبب القبول الغير التام للاوكسيجين وتراكم

حمض الكربون المتطرد بكيفية غير تامة ايضا فانه عند فعل أقل مجهود عضلى تزداد به حركة التحلل وتكون حمض الكربون يزيد عدد التنفس كثيرا بحيث يصير متعبا للمريضة جدا ولذا أن تشكى المرضى بتضايق التنفس عند المشى السريع وصعود نحو السلم يكاد لا يفقد فى أى حالة متقدمة من الخلوروز مطلقا وبتناقص التبادل الغازى فى الرئتين ولاسيما تناقص قبول الاوكسيجين فى الدم توجد كذلك عدة اعراض خاصة بهذا المرض أهمها ضعف الفعل العضلى الذى يحتاج لاجرائه بقوة وجود دم شريانى كثير الاوكسيجين فالمرضى تتعب بسرعة وتشتكى بثقل فى الاطراف السفلى ولا يندر حصول الآلام الروماتيزمية الكاذبة عندهن بأقل مجهودات عضلية وهذه الآلام لا تحصل عند الاشخاص ذوات الدم الصحى الطبيعى الا بعد مشاق عضلية شديدة غير اعتيادية وكما أن العضلات تحتاج ولا بد لاتمام وظيفتها الطبيعية لدم كثير الاوكسيجين يدور فى اوعيتها فكذلك الاعصاب تحتاج لاتمام وظيفتها لتغذيتها بدم جيد كثير الاوكسيجين أيضا ولذا كثيرا ما تشاهد عند النساء الخلوروزيات آلام عصبية سيما آلام الرأس والآلام المعدية العصبية والاحساس بالانضغاط فى القسم الفؤادى الذى كثيرا ما يكون خفيفا جدا بحيث لا يستدل عليه الا بعد السؤال من المرضى وأما الانتزايا والتشنجات والشلل فلا تشاهد عند المصابات بالخلوروز الا نادرا ولا تحصل الا فى الاحوال التى فيها تتضح الحالة التنبيهية العصبية جدا وأما حالة الضعف التنبيهى واضطراب قابلية التنبيه العصبى التى تتضح بالثورانات العصبية الجسمية والعقلية واساءة الاخلاق والتشهى غير الطبيعى كأكل البن أو غيره من نحو الاشياء غير المطعومات فانها تكاد لا تفقد مطلقا عند المصابات بالخلوروز

وأما أعضاء الدورة فتظهر فيها جملة تغيرات غير طبيعية عند المصابات بالخلوروز فانه يكاد أن تشتكى جميع المرضى بالخفقان وقد بينا فيما سبق ان هذا التشكى مبنى من جهة على ازدياد فعل القلب أو سرعته ومن جهة اخرى تكون متعلقة بحالة الثوران العصبى العمومى الذى به تدرك ضربات القلب بكيفية متعبة مع انها لا تدرك عند اغلب الاشخاص ولو كانت متزايدة حقيقة

بسبب ضخامة القلب العظيمة جدا وبواسطة ضعف الطبقة العضلية من
القلب واسترخائها يحصل عند المصابات بالخلوروز ايضا تمدد عظيم فى القلب
خصوصا جهة اليمين وقد اثبت ذلك المعلم اشترك بواسطة القياسات
الاكيدة لاصمية هذا العضو وبشفاء الخلوروز يزول هذا التمدد ايضا

وعند التسمع على الصدر يحس فى كل من القلب والاوعية الشريانية
الغليظة بالالغاط النفخية التى تكرر ذكرها وتسمى بالالغاط الدموية
وبالعارضية تمييزا لها عن الالغاط الكاذبة الناشئة عن آفات عضوية فى
القلب ومنشأ تلك الالغاط غير واضح وتسميتها بالدموية غير حقيقى فى المعنى
فانها لا تتعلق بلا واسطة بتغيرات فى صفات الدم والغالب على الظن انها
تتعلق بتغيرات دقيقة فى الصمامات وجدر الاوعية تنوع تموجاتها واكثر من
ذلك ان يحس عند التسمع على الوريد الودجى الباطن بلغط فورانى مخصوص
يعرف بلغط النحلة (وهى لعبة تلعب بها الاطفال) او بلغط العفريت
وهذا اللغط يشتد فى الجهة اليمنى عن الجهة اليسرى ويزول عندما تضطجع
المريضة على ظهرها وتكتسب وضعا افقيا او عندما تفعل حركات زفيرية
عميقة او عند الضغط على الوريد الودجى نفسه ويظهر ان هذا اللغط يحصل
بالكيفية الآتية وهو ان الجزء السفلى من الوريد الودجى الباطن الكائن
خلف المفصل القصى الترقوى مثبت فى جميع جهاته بحيث لا يمكن الهبوط
على نفسه مثل باقى الاوردة ولو كان العمود الدموى الوارد اليه ضعيفا جدا
فتى سال من الوريد الودجى عامود دموى دقيق فى هذا الجزء المتسع المثبت
فلا يمكنه ملؤه الا بمروره وجريانه فيه مع الفوران والتموج وهذا الجريان
التموجى للدم يحدث ولا بد فى جدر هذا الوريد تموجات رنانة فانه عند التواء
العنق الى الجهة المقابلة وانضغاط الاوردة العنقية بواسطة العضلات الكتفية
اللامية والصفاق العنقى يسمع اللغط النحلى عند اغلب الاشخاص الاصحا
فتى سمع هذا اللغط بدون التواء فى العنق وكان واضحا جدا وجب ولا بد
الحكم بأن الشخص الموجود عنده ذلك معتريه قلة امتلاء فى الاوردة وحالة فقر
الدم ولذا اننا خلافا لما جرى عليه بعض المؤلفين نعتبر لهذا اللغط بعض اهمية
فى التشخيص ـــــ وزيادة قابلية التنبيه العصبى الناشئة عن تغذية

هذا المجموع بواسطة دم قليل الاوكسيجين تمتد كذلك الى المجموع العصبي الوعائي وتعتبر سببا لسهولة احمرار لون المصابات بالخلوروز وبهاتتهن وكذا الاعضاء الهضمية يظهر فيها بقطع النظر عن الالام العصبية المعدية السابق ذكرها اضطرابات مهمة تؤدي بسهولة عند عدم ملاحظتها بالدقة الى الوقوع في خطاء عظيم فالشهية تكون غالبا مفقودة ويحس بعد الاكل بثقل وامتلاء في القسم الشراسيفي وتجشي من مواد حمضية وغير ذلك من ظواهر سوء الهضم الناشئة عند اغلب المرضى من ضعف قوة انقباضات المعدة وتزول غالبا على الدوام عند تحسين حالة الدم وماعدا هذه الاضطرابات الهضمية غير الخطرة التى تزول بالمعالجة اللائقة تحصل بكثرة عند المصابات بالخلوروز القرحة المعدية المزمنة التى كثيرا مالا تعرف ولذا ينبغي عند معالجة كل مصابة بالخلوروز الالتفات لهذا الامر والتيقظ الى ان الالم المعدى العصبي قد يكون متعلقا بهذا التغير المرضي المهم واستعمال جميع وسائط التشخيص حتى يتمكن من معرفة ذلك فان لم يتيقظ لذلك جاز افتضاحه مع الاسف اما بالنزيف المعدى أو بتثقب المعدة نفسها

والبول عند المصابات بالخلوروز يكون ذا وزن نوعى خفيف صافيا مالم يطرأ عليهن مرض حمى والوزن النوعى الخفيف متعلق عندهن بقلة البولينا واللون الصافى بقلة المادة الملونة للبول فان قلة قبول الاوكسيجين عند المصابات بالخلوروز يوجد مع الوضوح تناقص حركة التحال العنصرى ومن ذلك تناقص تكون البولينا ونحن وان كنا لانعلم مع التأكيد من كيفية تكون المادة الملونة للبول الا قليلا لانشك فى ان هذا العنصر آت من المادة الملونة للدم ولذا لايستغرب انه عند تناقص المادة الملونة للدم فى الكرات الدموية يتناقص ولابد احتواء البول على المادة الملونة له ايضا وهذا الامر يدل على ان تناقص الكرات الدموية الحمراء ليس مبنيا على ازدياد تلاشيها بل على عدم تمام تكونها ونموها

وتكاد تضطرب الوظائف التناسلية فى جميع احوال الخلوروز فالغالب ان تحصل الاميتوزيا اى عوق فى الطمث او انقطاعه بالكلية ويندر ان يكون ذلك على صفة عسر الطمث فن الجيد حينئذ عند وجود الانيميا المصحوبة بغزارة

الطمث وثوران الالام فيه التحرز من الوقوع فى الخطا وتشخيص الخلوروز الحقيقى بل الغالب فى مثل هذه الاحوال وجود اصابات رحمية أوخلافها مصحوبة بانيميا تابعية لا الخلوروز الحقيقى انما مع ذلك ينبغى التنبيه على أنه يوجد عند المصابات بهذا المرض نوع التهاب رحمى نزلى مهبلى مصاحب لاضطراب الطمث

ثم ان سير الخلوروز مستطيل للغاية مالم يحصل قصر مدته بواسطة المعالجة اللائقة فان هذا المرض عند عدم معرفته قد يمتد الى أشهر بل وسنين والشفاء هو الانتهاء الاعتيادى له وان حصلت جملة نكسات فى أثنائه ومع ذلك فهناك بعض أحوال استثنائية تظهر سيرا مستعصيا للغاية فتمتد ولو مع المعالجة اللائقة بتحسين وتثاقل متتابعين الى السن المتوسط بل المتقدم وفى مثل هذه الاحوال لابد وان يكون الخلوروز متعلقا بتغير وسبب خفى ولاسيما بعدم تمام نمو الاورطى السابق ذكره ومن النادر أن يستحيل الخلوروز الى مرض آخر كالسل الرئوى فالخلوروز لايهدد الحياة الابحصول مضاعفات لاسيما بالقرحة المعدية المزمنة وهو كثير وقد ذكر ورجوف كثرة الاستعداد لالتهاب الغشا الباطن للبطين اليسرى من القلب وذكر أنه يوجد فى الاحوال التى تنتهى بالموت تضايق فى الاورطى ينتج عنه من جهة أخرى ولابد تعرض صمامات القلب سيما الصمام القانسوى لانجذاب شديد بسبب عدم سهولة جريان الدم وسيلانه من البطين اليسرى الى الاورطى ومثل هاتيك النساء تكن عرضة لخطر عظيم من طرو الحمل عليهن أوفى اثناء النفاس وذلك لان فى هذا الزمن كثيرا ما يحصل عندهن التهاب غشائى صمامى تقرحى وأما الاحوال الحادة من الخلوروز المقول بأنها تنتهى بالموت فانها مبنية على خطأ فى التشخيص وأما كون الامراض الحمية الحادة الثقيلة خطرة جدا عند المصابات بالخلوروز فأمر محقق

وأما تشخيص الخلوروز فينبغى فيه تمييز هذا المرض عن الاحوال الانيماوية الاخرى فان الانيميا تحصل من فقد الدم الغزير وقلة التغذية والتعب الجسمى الشاق المستطيل وفقد الاخلاط والسوائل المستمر والامراض الحمية الثقيلة وعن التولدات المرضية الخبيثة وعن الحمل ونحو ذلك لكن

الانيميا هنا بعكس الخلوروز فانها تنشأ عن أسباب معلومة وزيادة عن ذلك ففقر الدم فيها لا يكون كما فى الخلوروز عبارة عن تناقص المادة الملونة الحمراء للدم والكرات الدموية بل ان التناقص يعترى أجزاء الدم الاخرى لاسيما المواد العضوية الزلالية الضرورية لتغذية الجسم وكمية الدم بتمامها قد يعتريها تناقص عظيم فى أحوال الانيميا الخفيفة دون الخلوروز ففيها لا يحصل على الدوام تناقص فى كتلة الدم ولا فى المواد العضوية الزلالية ولذا ان المصابات بالخلوروز يكن متمتعات بسمنهن ضد المصابات بالانيميا فان تغذيتهن تكون غير مضطربة اضطرابا واضحا ويظهر لنا من الصواب بالنسبة لتشخيص الخلوروز ان نذكر أن البنات المصابات بهذا المرض تكون وجوههن على الدوام خالية عن الدم باهتة شمعية اللون فانه توجد درجات خفيفة من هذا المرض فيها لا يتضح ابتداء من رؤية الوجه ان الشابات مصابات بالخلوروز فان احمرار الوجه والاغشية المخاطية لا يكون مفقودا وانما بالسؤال عن حالة المرضى ولونهن فى السابق يستدل منه على ان لون وجوههن قبل أن يحصل لهن تعب عظيم وتناقص فى الطمث ونحو ذلك كان اكثر توقدا واحمرارا ولنذكر هنا ايضا حالة تلتبس كثيرا بالخلوروز وهو شكل الاستيريا الذى يصطحب بظواهر انيمياوية ولاسيما انه يسير بظواهر عصبية ضعفية واعراض ضعف تهيجى ولنعترف انه فى كثير من الاحوال لا يمكن التمييز بينهما ابتداء بل من بعد تعاطى المركبات الحديدية فان منفعتها او عدمها قد تكون هى الواسطة فى التشخيص واما تمييز اشكال الانيميا الثقيلة لاسيما الخبيثة فسنذكره فى المبحث الآتى

﴿المعالجة﴾

من النادر ان يكون للاهتمام فى اتمام ما تستدعيه دلالات المعالجة السببية للخلوروز ادنى تاثير على سير هذا المرض وهذا الامر يدل ولا بد على ان المؤثرات المضرة التى ينسب اليها ظهور الخلوروز قليلة الاهمية فانه يمكن شفاء المصابات بهذا المرض فى قليل من الاسابيع شفاء كليا بواسطة اتمام دلالات معالجة المرض نفسه بعد ان كن يحفظن و يبعدن بدون فائدة من تلك المؤثرات المضرة وكن يعشن فى البوادى الجيدة الهواء ويتغذين باجود الجواهر المغذية

ويتريضن فى كل وقت ويستعملن الرياضة بالحركات الجسمانية بدون ان تتلون وجناتهن وشفاههن بالحمرة وبدون تناقص فى الخفقان وضيق النفس عندهن و بدون تحسين فى حالة خلقهن فشهرة الوسائط الصحية فى الخلوروز مبنية ولابد على كون احوال الخلوروز الحقيقية المعبر عنها بالاوليجوسيتمى تختلط بكثرة بالاحوال الانيماوية المختلفة التى فيها تثمر جدا تلك الوسائط الصحية وفيها المركبات الحديدية تكون قليلة الاهمية —— وفى كل وقت يمكن التاكد من التجربة المعلومة وهى شفاء الاصابات بالخلوروز بالكلية بواسطة المعالجة اللائقة مهما كانت قلة جودة الشروط الصحية واما المعالجة المرضية فانها تستدعى استعمال المركبات الحديدية فانه ان قيل بوجود جوهر نوعى دوائى حقيقة كان ولابد الحديد فى الخلوروز وكلما كان التشخيص اكيدا كان النجاح اقوى واتم فان لم يكن النجاح مطابقا لما يأمل من المعالجة بالمركبات الحديدية كان التشخيص ولابد فى غير محله بل حالة انيميا عرضية متعلقة بتغير مرضى مدرك اوغير مدرك والكيفية التى بها تعاطى المركبات الحديدية يحسن حالة الدم وتركيبه المتغير فى الخلوروز غير معروفة لنا وانما الذى يسوغ القول به هو انه بتعاطى تلك المركبات الحديدية يزداد تكون الكرات الدموية الحمراء والمادة الملونة لها المحتوية على الحديد تبعا لذلك واما ما يخص انتخاب احد الاستحضارات الحديدية العديدة دون الآخر فنرى ان بعض الاطباء يفضل هذا والآخر ذاك و بعضهم يفضل الشروع فى المعالجة بواسطة الاستحضارات الحديدية اللطيفة التى لا تتعب المعدة كالصبغات الحديدية وذلك كصبغة تفاحات الحديد اوصبغة خلات الحديد للعلم رادماكر ثم ينتقلون فيما بعد لاستعمال المركبات الحديدية القوية كالحديد المجهز بالايدروجين وكلبنات الحديد وكربونات الحديد السكرية وكاوكسيد الحديد السكرى الذائب فيستنتج من مدح المؤلفين المختلفين من الاطباء لاحد الاستحضارات الحديدية دون الآخر ومن التجارب المعلومة من ان كل طبيب يرغب فى استعمال البعض دون الآخر مع النجاح فى معظم الاحوال بل فى جميعها اولا ان منفعة المركب الحديدى فى الخلوروز لا تتعلق بالشكل الذى يعطى عليه هذا المركب وثانيا ان اغلب الاستحضارات الحديدية

تحملها بسهولة المصابات بالخلوروز وثالثا ان درجة تفضيل بعضها على البعض الآخر لم يتحقق الى الآن ويفضل نيمير حبوب بلود على وجه الاطلاق ويجهز من المخلوط الاصلي لبلود الذي كان يصنع منه ٤٨ حبة المأخوذ من (كبريتات الحديد وكربونات البوتاسا وطرطراتها المسحوقين اجزاء متساوية خمسة عشر جراما ومن صمغ الكثيرة لذلك ويعمل عجينة) ستا وتسعين حبة وكذلك لا يتبع ترتيب الصعود بالحبوب كما جرى عليه بلود ابتداء بالدقة بل يعطى في الابتداء جملة أيام ثلاث مرات كل يوم من أربع حبات كل مرة الى خمسة متى تحملتها المعدة ويكاد دائما يشفى الخلوروز بتعاطى ثلاث علب من هذه الحبوب بالعدد السابق مهما كانت شدته واستعصاؤه وذكر نيميران النجاح البين لهذه الحبوب هو الذي ترتب عليه شهرته في الطب العملي بسرعة

ولقد قيل انه لا يلزم في شفاء الخلوروز لاستعمال مقادير عظيمة من الاستحضارات الحديدية نظرا لكون الكمية المفقودة من الحديد في الدم قليلة جدا فانه ولو مع أخذ الكمية القليلة من هذا الجوهر ينقذف على الدوام جزء مع المواد البرازية كما يستدل على ذلك بالتلون الاسود للمواد البرازية وبالجملة فان نجاح بعض المياه الطبيعية الحديدية في الخلور ويدل على أن المقادير الصغيرة كافية في شفائها ولا حاجة لاطالة الكلام على نظريات علمية لا أساس لها فانه لا شك في شفاء هذا المرض أيضا باستعمال مقادير صغيرة من المركبات الحديدية بل باستعمال مياه حمضية حديدية في كثير من الاحوال ولو كان الشفاء بطيئا الا أن عدد المرضى اللاتى شفين باستعمال حبوب بلود أو بمقادير عظيمة من كربونات الحديد السكرى أو لبنات الحديد في قليل من الاسابيع بعد ان استعملن جملة من الاشهر بل والسنين بدون طائل ولا فائدة الصبغات الحديدية أو نبيذ الحديد بمقادير صغيرة وتوجهن جملة مرات الى الحمامات الحديدية في بيرمون ودريبورغ ونحو ذلك عظيم جدا حتى يتعضد القول بأن الخلوروز يشفى مع السرعة والتأكد بالاستحضارات الحديدية التي يمكن منها اعطاء مقادير عظيمة واجودها ولا بد حبوب بلود وقد نبه (امرمن) على انه من الجائز أن تأثير

تلك الحبوب السريع متعلق باحتوائها زيادة عن الحديد على كمية عظيمة
من البوتاسا وهو جزء من الاجزاء الداخلة فى تركيب الكرات الدموية
الحمراء واما المشكوك فى نجاحه فهى المعالجة بالمياه الحديدية المخزونة غير
الحديثة التى ينفصل منها اوكسيد الحديد ويرسب فى الكوبة الاخيرة عند
تعاطيه على هيئة راسب وهذا العيب لا يوجد فى المياه الحديدية الحديثة
المستعملة الآن بكثرة من ينابيعها المحتوية على بيروفصفات الحديد واجود
استعمال الحديد يكون بعد الاكل حالا وانما يحذر من تعاطى المطعومات
الثقيلة والموادالحمضية والثمار الفجة الحامضة ايضا وكذا من الجيد تعاطى
ماء الحديد البيروفصفاتى الطبيعى بقدر كوبة مع الاكل ومن الخطأ جدا
التمادى على العادة القديمة بالاجتهاد فى معالجة ضعف المعدة وتنبهها وغيرها
من الاضطرابات المتعلقة بالخلوروز بواسطة الحوامض المعدنية والجواهر المرة
ونحو ذلك قبل الشروع فى اعطاء المركبات الحديدية التى هى الواسطة فقط فى
النجاح فان تلك المعالجات المسماة بالمجهزة لا طائل فيها فضلا عن تاخير الشفاء
منها ولنذكر اخيرا انه لا ينبغى جبر المصابات بالخلوروز على الرياضة الشاقة
وتعاطى المطعومات الوافرة مالم يكن لهن قدرة على ذلك وانما يؤمر بذلك متى
عادت لهن القوى والشهية وقد ذكرنا فيما تقدم انه مهما كانت جودة المعالجة
فى هذا المرض فمن الجائز حصول نكسات فى الاحوال الثقيلة منه ولذا يجب
على الطبيب اخبار اهل المصابات بالخلوروز بذلك لايقاظهم ووعدهم بان شفاء
النكسة سهل أيضا كشفاء النوبة الابتدائية ثم انه وان ظهر طبقا لما ذكرناه
ان المعالجة بالمياه الحديدية الحمضية الغير الحديثة المنقولة فى المتاجر غير
صائبة ولا ناجحة مثل تعاطى المركبات الحديدية بمقدار عظيم الا انه يجوز ولا بد
الايصاء باستعمال المياه المعدنية الطبيعية الحديدية فى محل ينبوعها كماء
شولباخ ودربورغ وكذو واوالالتواه روسنت موربتس ببلاد السويز اوامثو
وهى مياه حديدية (راجع رسالتنا فى الينابيع الشفائية والمياه المعدنية)
وذلك بالنسبة للمصابات بهذا المرض الذى شفين منه ويخشى عليهن من
النكسات والدلالة العلاجية الوقتية التى تمنع من استعمال الحديد
عن المصابات بالخلوروزهى وجود اضطرابات عظيمة فى المعدة اوامراض

حمية طارية عليهن ولنذكر اخيرا ان استعمال الحديد ومركباته فى احوال الانيميا الاولية والعرضية السابق ذكرها جيد المنفعة أيضا وان كان الامر المهم فى معالجتها هو مضاربة المرض الاصلى واستعمال غذاء جيد محتوعلى مواد غذائية أولية بكثرة مع الاقامة فى محل جيد الهواء نقيه ويجوز أيضا استعمال بعض المشروبات الكولية فى الخلور وزوال الانيميا فان لها تأثيرا منبطا لحركة التحليل العنصرى وانما يكون استعمالها بمقدار قليل جدا مناسب ومع ذلك فانها تحدث عند كثير من الاشخاص حالة تنبه وخفقان وتوارد دموى نحو الرأس ونحو ذلك بحيث لا يستدل على استعمالها أو النبيذ أو البيرة أو نحو ذلك الا بالتجربة

﴿الفصل الثانى فى الانيميا الخبيثة التدريجية﴾

التاريخ الطبى القديم ولو أنه يوجد فيه بعض شروحات يظهر أنها تختص بالمرض الذى نحن بصدده وسمى باسماء مختلفة كالانيميا الاصلية تبعا (للبرت) وبالانيميا الذاتية تبعا (لهابرسون) وبالانيميا القتالة تبعا (لسكنج) وبالانيميا الثقيلة للحوامل تبعا (لجسرو) وبالشكل الانيمياوى لتشحم القلب تبعا (لبونفك) الا أن الفضل فى جمع مشاهدات عديدة من هذا المرض وتسميته بالانيميا الخبيثة التدريجية (١٨٧١) وجعله مرضا قائما بنفسه للمعلم بيرمر

وأسباب هذه الانيميا التى تطرو بشكل فقر الدم النادر التدريجى العظيم القتال على الدوام تقريبا غير معروفة لنا حق المعرفة وهى تحصل غالبا فى السن المتوسط من الحياة من سن العشرين الى الاربعين غير أنها قد تحصل فى سن الطفولية بل والشيخوخة وتعترى النساء أكثر من الرجال وبالخصوص الحوامل والنفساء فتحدث عند الاول الاجهاض ابتداء ثم الموت بسرعة وفى الغالب لا توجد أسباب واضحة لهذا الداء وفى أحوال أخرى توجد بعض اسباب من الاسباب الاعتيادية لغير هذا النوع من الانيميا كقلة التغذية والفصد الدموى المتكرر والاسهال المتكرر أيضا

وهذا المرض يظهر على الدوام بكيفية كامنة وقد يظهر عند الحوامل ظهورا تحت حاد فتحصل بهاتة شديدة فى الجلد والاغشية المخاطية الظاهرة لكن

بيرمر ذكر أن حالة تغذية المرضى لا تتغير ما لم تعترها الحمى وقال ان سمن
الجسم لا يتغير احيانا ولو عند المعتريهم الحمى فكذلك وجد كينكى فى عشرة
أحوال شاهدها بنفسه نحافة عظيمة غالبا وينضم لذلك جميع الظواهر
الخاصة بالخلورُوزلكن فى أشد الدرجات كالهبوط التام والانحطاط مع الميل
للاغماء وضيق النفس عند فعل أقل مجهود عضلى والنبض السريع الصغير
والخفقان والالغاط السيستولية القلبية والشريانية وكذا الالغاط العفريتية
أو النحلية والضغط والثقل فى القسم الشراسيفى ولو بدون الاكل والغثيان
والقىء المتكرر المتعب (وذلك فى ثلثى الاحوال) بحيث يظن احيانا وجود
سرطان معدى خفى وكذلك الاسهال الذى يوجد فى مواده كل من الثنين
والتيروزين وبالبحث عن البول توجد فيه تغيرات وقد يوجد قليل من الزلال
جدا وكل من الطحال والعقد اللينفاوية الظاهرة بالجس لا توجد منتفخة
بحيث لا يتوهم وجود الليكيميا وكذا الجلد لا يكتسب اللون النحاسى المسمر
بحيث لا يتوهم وجود الاضطراب العظيم الذى يصاحب داء اديسون ودرجة
حرارة الجسم لا تكون منتظمة السير ولا دورية تبعا المشاهدات ملار وتموجاتها
فى كل حالة تخالف الاخرى بحيث لا يمكن معرفة طرز مخصوص من تلك
التموجات الحرارية الترمومترية وفى العادة تبعا للعلم ملار تطرا الحمى عقب
اتضاح الانيميا وترتقى الى أشد الدرجات متى صارت الانيميا واضحة جدا
ووصل المرض الى درجة النهاية والتعاقب فى أثناء سير المرض بين الازدياد
والانحطاط يوافق ثورانات الحرارة وانحطاطها حتى انه فى الاحوال التى
انتهت بالشفاء شوهد التحسين فى حالة المرض مع تناقص درجة الحرارة
وزوالها بالكلية ولم يمكن عند فعل الصفات التشريحية وجود سبب للحمى فى
جثث الهالكين بهذا المرض ومع ذلك فقد شوهد أحوال بها لم تكن الحمى
وقتية فقط بل مفقودة بالكلية وبالبحث عن القلب يستدل على أن قوة
ضرباته لا تكون قوية بل ضعيفة متقطعة ولو مع حصول الخفقان المتكرر
ووجود ازيز واضح احيانا وعند جس القلب لا يستدل منه على وجود آفة
عضوية فى الصمامات وفى غالب الاحوال ينضم لهذا المرض سيما نحو انتهاء
سيره سوء قنية دموية مع نزيف أنفى وهو الغالب أو نمش جلدى أو بقع

اكيموزية عظيمة على الاطراف أوغيرها فى سطح الجسم أونزيف من الاعضاء التناسلية أومن المعدة اوالمسالك الهوائيـة ونحو ذلك بل وقد تحصل انسكابات دموية فى المنسوجات الباطنـة كجوهر القلب والتامور والام الجافية والدماغ ومن المهم جدا حصول الانزفة فى الشبكية فانها تعتبر تبعا لبير وغيره من الاعراض الملازمة لهذا المرض وهذه الانزفة تظهر عند البحث بالمنظار العينى على شكل نكت اوا شرطة متفرقة اوغزيرة محمرة اومسمرة اومسودة على الجزء الظاهر من قاع المقلة خصوصا بقرب الحلمية ومكوّنة لاشرطة متقاربة لبعضها فيما حولها ويوجد فى هذه النكت اصفار مبيضة اوسنجابية صافيـة كما نبه عليه بعضهم واعتبر لها بعض اهمية فى التشخيص لكن تبعا لمشاهدات المعلم ليبتن لم يكن لهذه النكت السنجابية الصافية التى هى عبارة عن اصفار ظاهرة حصل فيها الامتصاص ولا للانزفة الشبكية ادنى اهمية فى التشخيص فان هذا المعلم لم يجدها فقط فى الانيميا الخبيثة بل كذلك فى احوال الانيميا الاخرى كالناشئة عن سرطان الرحم مثلا مع نزيف رحمى وعن الاجهاض مع النزيف الرحمى وعن النزيف المعدى واستنتج من ذلك ان هذه الانزفة ليست خاصـة بشكل من الانيميا بل بالحالة الانيمياوية على العموم وذكر انها من الجائز تحصل بكون الاشخاص المصابة بالانيميا الثقيلة يحصل لهم القىء غالبا وان حركة القىء تحدث عندهـم انزفة بسهولة بسبب التغير الحاصل فى جدر الاوعية

ثم ان مدة الانيميا التدريجية لايمكن تعيينها وذلك لان ابتداء هـذا المرض لايندران يكون تدريجيا ولانه قد يعقب بكيفية غير واضحة اضطرابا مرضيا مزمنا كالخلوروز اومرضا مزمنا فى المعـدة فانه وان وجدت احوال تسير بكيفية تحت حادة وتتثاقل جدا فى ظرف ستة اسابيع اوثمانية حتى تنتهى بالموت توجد احوال اخرى تسير بكيفية بطيئة فى ظرف عـدة من الاشهر بل والسنين مع تعاقب فى التثاقل والتحسين الظاهرى وفى معظـم الاحوال يعقب ذلك الانتهاء المحزن لكن هذا ليس محتما فانه شوهـد شفاء اربع حالات من اربع وار بعين فى اكلينك بزمير

وتشخيص الانيميا الخبيثة فيه صعوبة عظيمة فى الادوار الاول منها فلا يمكن

التأكد من حقيقته احيانا الا بواسطة المشاهدة المستمرة لسيره وقد ذهب (ايك هرست) الى انه يمكن الوقوف على حقيقة تشخيص هذا المرض فى ادواره الابتدائية مطلقا بصفات الكرات الدموية الحمراء بمعنى ان جزأ من تلك الكرات يكون حافظا لحجمه الطبيعى وانما يكون باهت اللون فقط والجزء الآخر منها يكون واضحا بصغر حجمه فلا يبلغ الا الربع بالنسبة لقطر الكرات الدموية التامة النمو بحيث تشاهد عند البحث كانما هى نكت شحمية صغيرة متلونة بالحمرة لكن تبعا لتجارب المعلم ليبين وغيره لا توجد هذه الكرات الصغيرة (المسماة بالميكروسيتن) على الدوام فى الانيميا الخبيثة فليست حينئذ واصفة لها بل توجد فى غير هذا المرض من الامراض بعدد عظيم

ومن الامور الكثيرة الوجود فى الانيميا الخبيثة تشحم القلب المتفاوت الدرجة ومع ذلك فهذا التغير ليس واصفا لهذا المرض فانه لا يشاهد فيه على الدوام وسبب التشحم التابعى للقلب قد وجهه المعلم ليتن بفقر الدم وقلة احتوائه على الكرات الحمراء اذ بذلك يتناقص دخول الاوكسيجين فى الدم الذى هو العنصر الضرورى المؤدى لزيادة احتراق المواد الزلالية وتلاشيها كما ان الاستحالة الشحمية للكبد والكليتين والبنكرياس قد توجد احيانا عندما يحصل نزيف رحمى غزير ثم ان الانيميا الخبيثة تكتسب مشابهة عظيمة بالليكيميا بسبب شدة الظواهر الانيمياوية لكن الامر المعلوم من انه يوجد فى الليكيميا الحقيقية ازدياد واضح فى الكرات الدموية البيضاء وانه يوجد فى هذا المرض الاخير انتفاخ واضح فى الطحال والغدد الالينفاوية يسهل التشخيص التمييزى بين هذين المرضين المتشابهين

ومع ذلك توجد احوال يعسر فيها التمييز بينهما لا سيما بين احوال من الانيميا الخبيثة الموجود فيها انتفاخ فى الطحال بكيفية استثنائية وبين احوال الليكيميا الكاذبة بل ويظهر ان هناك انتقالا من احد هذين الشكلين الى الآخر فقد شرح (ليتن) حالة من الانيميا الخبيثة استحالت الى الليكيميا النخاعية وذلك لان الازدياد القليل الابتدائى للكرات الدموية البيضاء ارتقى دفعة واحدة الى درجة عظيمة واتضح من الصفات التشريحية ان ينبوع الاصابة المرضية النخاع العظمى من العظام الطويلة الكبيرة ومن المهم

التنبيه على ماذكره ليستن من انه فى أحوال الانيميا الخبيثة توجد كذلك تغيرات فى النخاع العظمى مشابهة بالكلية لما يحصل فى الليكيميا النخاعية ولو لم تكن مماثلة لها بالكلية ولربما يجوز الزعم بان الانيميا الخبيثة مرض فى النخاع العظمى وعبارة عن ليكميا كاذبة نخاعية مشابهة لليكيميا الكاذبة الطحالية والغددية ولنذكر أخيرا انه يوجد ولابد عسر عظيم من حيثية التشخيص التمييزى بين الانيميا الخبيثة خصوصا فى دورها الابتدائى الغير الحمى وبين الاشكال الثقيلة من الخلوروز ولا سيما أنه قد يشاهد استحالة الخلوروز الى انيميا خبيثة وبالجملة فمن الجائز اشتباه سوء القنية الثقيل الذى يصاحب التولدات الجديدة الخبيثة بالانيميا الخبيثة لا سيما متى كان مجلس تلك التولدات الجديدة غائرا لا يمكن الوصول اليه بالحواس فمن السهل جدا الوقوع فى الخطأ واعتبار شكل السرطان الذى يرتشح فى جدر المعدة على هيئة تولد مرضى سطحى بدون تولدات عقدية ولا يضيق فوهة المعدة حالة من أحوال الانيميا الخبيثة التدريجية

ثم انه فى معالجة هذا المرض لم يتحصل الى الآن على أدنى فائدة بل وفى الاحوال التى شوهد فيها وقوف مستطيل أو تحسين وقتى بل شفاء ستمر ظهر ان هذا السير ليس نتيجة المعالجة المتبعة بل نتيجة الفعل الحيوى ومع ذلك ينبغى الاجتهاد فى ازالة الاسباب المضرة بواسطة الاغذية الجيدة والهواء الجيد واستعمال الكينة والمشروبات الكوالية ولا سيما المركبات الحديدية لاجل مقاومة تقدم المرض بل من الجائز فى الاحوال الغير التقيلة الحصول على تحسين فى حالة هذا المرض بتلك الوسائط وأما التجارب التى فعلت بقصد عدم وقوع الموت بواسطة نقل الدم لاجل ايقاف سير هذا المرض عقب الاجهاض الصناعى فلم يتحصل فيها على نتايج حسنة الى وقتنا هذا

(المبحث الثالث فى الاسكربوط)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا المرض الذى نحن بصدده وكان فى القرون السالفة ذا صفات مخالفة زيادة عما هو عليه فى هذا القرن يعبر عنه باضطراب غذائى عمومى كثير الشدة

أو قليلها وهو كغيره من الامراض المودية لسوء القنية ذو وصف خاص وهو انه يصير المنسوجات المختلفة من الجسم مستعدة للارتزاق من جهة ومن جهة أخرى لتغيرات التهابية نزيفية والابهام الذى نحن فيه من حيثية طبيعة هذا المرض كذلك موجود بالنسبة لاسبابه فانه من حيثية أسبابه توجد آراء مختلفة جدا والامر المعلوم من أن الاسكربوط يحصل على صفة الامراض الوبائية أو الوطنية فى المجامع العظيمة من الناس المعرضين لاسباب مضرة بالصحة أيدلنا ان سوء الاغذية والهواء والبقاع والملابس ونحو ذلك له دخل فى احداث هذا المرض وأما صفته النوعية الخصوصية فتظهر أنها تؤيد القول بأن المؤثرات المضرة السببية نوعية فقط فكان يظن على طول الازمان ان السبب الوحيد للاسكربوط هو تارة هذا وتارة ذاك ولا شك أن السبب المهم فى انتاجه هو اضطراب التغذية لا من قلة المطعومات ولا من تعاطى مواد غذائية منفسدة كاللحم العفن والبقسماط الخامل العطن بل من استعمال غذائى وحيد مدة طويلة من الزمن فيه لا توجد بعض العناصر الضرورية للتغذية رأسا أو بعضا بحيث ينشأ عن ذلك ضعف جزئى فى التغذية ونوع التغذية الجزئية هذه يوجد غالبا عند الاشخاص المتعيشة فى المحافل العظيمة المنعزلة كالمعسكر والجيوش والمدن المحصورة والسجون ولاسيما السفن فان غذائها كان سابقا عبارة عن لحوم مملحة وأثمار مجففة مدة مديدة من الشهور فى أثناء السفر وأما الرأى المنتشر قديما القائل بأن سبب الاسكربوط هو تعاطى ملح الطعام بكمية عظيمة بواسطة اللحم المملح والمدخن فقد رفض الآن بالكلية فانه لم يحصل مدة الاوبئة الاخيرة العديدة من هذا المرض تعاطى مقدار عظيم من الملح والذى اتفق عليه الآن ان الفقد التام من الجواهر الغذائية الحديثة كالخضراوات والسلاطات والبطاطس وكذا اللحم الحديث هو السبب الغالب فى احداث الاسكربوط ولاجل اعتبار أحوال التغذية كسبب للاسكربوط قد نبه جاروذ ابتداء على أن جميع الجواهر الغذائية التى يكون تعاطيها وحيدة يحدث غالبا الاسكربوط كاللحم المملح والاثمار المجففة والخبز الجاف ونحو ذلك يوجد فيها مقدار قليل من كربونات البوتاسا لا كالمطعومات الاعتيادية بخلاف

الجواهر الغذائية التي ينتج عنها شفاء الاسكربوط كالبطاطس والخضراوات
الحديثة والسلاطات واللحم الحديث فانها تحتوى على كمية كافية من ملح
البوتاسا ومع كون نظريات جارود قد قوبلت بالقبول واستحسنها كثير من
المؤلفين فمن الاكيد الثابت انه شوهدت أوبئة لم تنقص فيها الاغذية النباتية
الحديثة الكثيرة القلى ولذا لا يشك فى انه يوجد مع أحوال التغذية المذكورة
مؤثرات مضرة أخرى تساعد معها على احداث هذا المرض وربما استقلت
فى احداثه بنفسها وذلك كالمشاق الجسمية العظيمة والبرد والرطوبة والمساكن
الرطبة وشدة الحرارة وجفاف الهواء والمؤثرات النفسية المحزنة المستمرة
وبالجملة فقد قال بعضهم بوجود أصل مسم اعنى ميازما اسكربوطية لكن هذا
الرأى لم ينبن على أساس متين

﴿ الصفات التشريحية ﴾

يظهر فى جثث الهالكين بالاسكربوط متى استمر هذا المرض زمنا طويلا
نحافة عظيمة واوذيما خفيفة لاسيما فى الاطراف السفلى ويكون لون سطح
الجلد وسخا ترابيا ومغطى بقشور بشرية جافة منفصلة ويوجد فى اصقاع
متعددة من الجسم نمش أو بقع ايكموزية عظيمة فى جوهر الجلد وزيادة على
ذلك يوجد اسفل الجلد وبين العضلات اوفى نفس العضلات وهو نادر وتحت
السمحاق انسكابات دموية حديثة اوقديمة مستحيلة الى مواد مسمرة متكاثفة
ويوجد فى كل من تجويف البلبورا والتامور والبريتون والمحافظ المفصلية
انسكابات مصلية مدممة اودموية محضة وآثار تغيرات التهابية وبقع دموية
فى الاغشية المصلية وتكون الرئتان منضغطتين بدرجة متفاوتة بسبب
الانسكابات البلبوراوية واما الاجزاء غير المنضغطة منها فانها تكون مجلسا
لاوذيما دموية بل ونضح التهابى وكل من الكبد والطحال والكليتين يكون
مرصعا ببقع ايكموزية ومسترخيا ومحتويا على كثير من الدم ومتشبعا به وغشا
المعدة المخاطى والمعوى يكون مرصعا ببقع دموية ولاسيما الغشاء المخاطى
المعى الغليظ فانه يكون متغيرا تغيرا عظيما مرشحا بالدم مسترخيا ومغطى
بقروح جرابية عديدة والدم يكون غالبا ذا لون اسمر مائعا اومنعقدا وفى
الاحوال المزمنة من هذا المرض يكون صافيا مائيا والى الآن لم توجد صفة

خاصة بالدم الاسكر بوطى وأما القول بتناقص مادته الليفية الذى كان يتمسك به قديما ويوجه استعداد المرضى للنزيف فليس قار الثبوت ولا خاصا بالاسكر بوط وعين ذلك يقال بالنسبة للتغيرات الواصفة التى تعترى الكرات الدموية الحمراء والعديمة اللون بالنسبة لشكلها وعددها فان هذا لا يعتبر واصفا للدم الاسكر بوطى وبالنسبة لكمية المواد الزلالية والاملاح فالاقاويل فيها مضطربة بحيث لا يمكن استنتاج صفة مخصوصة بالمصابين بالاسكر بوط من هذه الاقاويل

﴿ الاعراض والسير ﴾

علامات الاسكر بوط الابتدائية هى فى معظم الاحوال عين علامات سوء القنية العمومى الذى يحصل تدريجا فالمرضى تشتكى بضعف وتعب عظيمين لا سيما بثقل رصاصى فى الاطراف السفلى ويحصل عندهم اساءة فى أخلاقهم ولا يمكنهم اتمام أشغالهم ولو خفيفة ويحصل لهم نوع يأس عظيم ومع ذلك يفقد المريض نضارة وجهه فيصير باهتا ومصفرا وتكتسب الشفتان هيئة مزرقة وتغور العينان فى الحجاج وتحاطان بهالة مزرقة وجسمهم يتناقص سمنه وينضم لذلك آلام ممزقة شديدة فى العضلات الارادية والمفاصل كثيرا ما تشتبه بالالام الروماتيزمية وزيادة عن ذلك فقد يحصل عندهم ارتقاء عظيم فى الحساسية ومن انخفاض درجة الحرارة وزيادة فى تطلب النوم ويحصل ضعف فى انقباضات القلب يتضح بصغر النبض واسترخائه وبطئه ثم بعد استمرار هذا الدور الابتدائى نحو أسبوع أو عدة أسابيع تتضح علامات الاضطرابات الغذائية الموضعية الخاصة بالاسكر بوط ومع ذلك فتبعا للمشاهدات يحكى توجد أحوال فيها يبتدئ الاسكر بوط بعلامات اضطراب التغذية المذكورة من أول وهلة ثم تظهر علامات سوء القنية العمومى عندما يكون قد اعترى اللثة التغير المرضى الاسكر بوطى والجسم مغطى ببقع اسكر بوطية

وفى معظم الاحوال يبتدئ التغير المرضى الاسكر بوطى الموضعى باللثة فالغشاء المخاطى الفمى يظهر ابتداء أحمر داكنا ثم يصير لون الحافة السائبة من اللثة خصوصا احذاء الاسنان القواطع أحمر مزرقا داكنا ثم تنتفخ بحيث

ان امتداد انتهاء الزاوية التى بين الاسنان يصير على هيئة انتفاخات عقدية وحينئذ تصير اللثة الملتهبة كثيرة الالم واهاميل عظيم للادماء ويحصل فى انضمامها مع الاسنان استرخاء ثم عند تغير اللثة تدريجا من جزئها المغطى للاسنان القواطع من الامام الى المغطى لها من الخلف ومن القواطع الى الاضراس وحينئذ يتصاعد من المرضى رائحة كريهة من الفم ومن المهم أن نذكر ان أجزاء حافة الفك التى ليس بها أسنان ولا ثنيات لثوية تبقى اللثة فيها سليمة وانه عند الاشخاص الفاقدين للاسنان لا يحصل الالتهاب الفمى الاسكربوطى مطلقا ثم ان الاصابة اللثوية لا تكون على الدوام الاصابة الاوليــة من التغيرات الموضعية الاسكربوطيــة فقد ذكر سبجكا أحوالا فيها سبقت الاصابة اللثوية انزفة دموية جلدية وأوذيما الاقدام وارتشاحات مؤلمة فى المنسوج الخلوى وأما الانسكابات الدموية التى تحصل فى جوهر الجلد فانها تكون غشاصغيرا مستديرا احيانا وتارة بقعا اكيموزية ممتدة وتكاد تظهر ابتداء فى الاطراف السفلى ثم تنتشر فى جميع الجسم لاسيما فى المحال المعرضة لمؤثرات ميخانيكية ولو خفيفة فانها تصير محلسا لايكموزس ممتدة فى الوباء الذى شاهده سبجكا فى مدينة براج اتضح تأثير المؤثرات الميخانيكية جدا فكانت عند أغلب الاشخاص الاطراف السفلى هى المصابة لاسيما الركبتين وأما عند كسارى الحطب والمشتغلين بادارة دولاب غزل مثلا فكان المصاب الذراع الايمن وعند ماشطات الصوف والغسالات فكانت تصاب أطرافهن العليا وعند النساء على العموم محل أربطة الجرابات ونحو ذلك والبقع الايكموزية التى تكون ابتداء بنفسجية بل مسودة داكنة تظهر تغيرات اللون الاعتيادية للدم المنسكب عند زوالها فتصير مزرقة ثم مخضرة ثم مصفرة وان حصلت بقع جديدة فى أثناء زوال الانسكابات الدموية شوهد على جلد المرضى بقع مزرقة داكنة أو مصفرة مخضرة وقد ينشأ عن الانسكابات الدموية المحدودة أو الالتهابات الجلدية النزيفية فقاعات ممتلئة (وهى الفرفورية الحويصلية وتعرف بالانفيجوس الاسكربوطى) وهى ان انفجرت ولم تعالج بالدقة اخلفها قروح مستعصية وهذه القروح تتكون أيضا عند بعض المرضى عن تقرح الجلد المرتشح

بالدم (وهو المعروف بالقرحة الاسكربوطية) وتتصف بهالتها الوسخه
الإسفنجية وبالتحببات الرخوة الاسفنجية السهلة الادماء المغطية لقاعها
وأما الارتشاحات الدموية أو الالتهابية المدممة للمنسوج الخلوى تحت الجلد
أو بين العضلات فانها تكون أورااما تحت الجلد مستديرة رخوة ابتداء
من حجم الجوزة الى قبضة اليد ومجلسها الاعتيادى الاطراف السفلى ويندر
وجودها فى العليا والبطن والعنق والوجنتين وتحدث الاماقليلة وتكون
مغطاة بجلد ذى لون اعتيادى طبيعى أو متشح بالدم أو انها تظهر على هيئة
تيبسات منتشرة ممتدة فى ثنية الركبتين وسمانة الساقين والجهة الانسية
من الفخذين وتكون عظيمة التيبس وبضغطها على العضلات تمتنع حركات
الطرف المصاب بل تتعسر جدا والجلد المغطى لتلك التيبسات المنتشرة
لايمكن تزحزحه ويكون اما متشحا بالدم أو طبيعى اللون والارتشاحات
الالتهابية اما أن تتكون بالتدريج أو فجأة وفى الحالة الاخيرة يكون
مصحوبا بالام وحركة حمية وتحلل هذه الارتشاحات بطئ للغاية بل والعضلات
نفسها لاسيما المستقيمة البطنية وعضلات القطن والصدر قد تكون مجلسا
لارتشاحات نزيفية التهابية وحينئذ تظهر هذه البورات العضلية مالم يكن
المنسوج الخلوى تحت الجلد وبين العضلات غير متشح كذلك على هيئة
تيبسات محدودة جدا ويكون الجلد الذى فوقها سهل الحركة ولونه غير متغير
زيادة عن النزيف اللثوى الذى يندر ان يفقد ويشاهد عند بعض المرضى
أنزفة من أغشية مخاطية أخرى لاسيما الانف والشعب والمعى والرحم وكذا
قد يشاهد كدم الملحمة وانسكابات دموية فى خزانتى العينين ورمد خبيث
ولا يندر مشاهدة أورام دموية فقط أو دموية التهابية تحت السمحاق
العظمى لاسيما فى الاجزاء السطحية الوضع المعرضة لمؤثرات خارجية
كالقصبة والاضلاع والفك السفلى (وهذا هو المسمى بالالتهاب السمحاقى
الاسكربوطى) وينتهى اما بالتحلل أو بتنكرز محدود وزيادة عن ذلك
تشاهد اصابات مفصلية التهابية مصحوبة بانسكاب مصلى دموى (وهذا
هو المسمى بالالتهاب المفصلى الاسكربوطى) وانتفاخات مؤلمة فى الاطراف
المفصلية للعظام مع انفصال الغضاريف ولين التهابى فى الدشبد العظمى

وأما التهابات الاعضاء الباطنية لاسيما التهاب التامور والبليورا
الاسكربوطى فانهما بالنسبة لاعراضهما لا تختلفان عن الالتهابات الاولية
لتلك الاعضاء وكثيرا ما يحصل افراز غزير جدا فى هذين التجويفين بحيث يقع
المريض فى خطر الاختناق ومع ذلك فقد شاهدنا انسكابات تيمورية
وبليوراوية عند المصابين بالاسكربوط زالت بسرعة وقد تحصل فى بعض
الاحوال أنزفة سحائية مصحوبة بظواهر انضغاط الدماغ الشديد جدا
أو نشب سكتية يؤدى كل منهما الى الهلاك بسرعة وقد يظهر الاسكربوط
فى بعض الاحوال بالنسبة لاختلاف الاعراض السابقة وتعاقبها غير المنتظم
صورة مرضية متنوعة ــــ وسير الاسكربوط مزمن وقد يكون مستعصيا
متى كانت المؤثرات التى تنشأ عنه مستمرة وفى مثل هذه الاحوال المستطيلة
يصل انحطاط المرضى الى أشد الدرجات فتقع فى الاغماء عندما تريد الجلوس
وتشتكى بخفقان مؤلم وعسر فى التنفس وانقباضات القلب تصير ضعيفة
سريعة وتظهر فى المنسوج الخلوى تحت الجلد أوذيما ممتدة ويكتسب كل
من اصابة اللثة والبقع الاكيموزية والارتشاحات اليابسة للمنسوج الخلوى
وغيرها من الاصابات الموضعية شدة وامتدادا عظيمين ومما ينبغى التنبيه
عليه انتقال حالة المرضى بسرعة وتحسينها الذى يعقب الاحوال الميؤس منها
فى زمن قليل بحيث يبتدى الشفاء بسرعة متى زالت المؤثرات المضرة
ووضعت المرضى فى شروط صحية جيدة وعلى العموم فالمرضى المصابة
بالاسكربوط تتم نقاهتها وشفاؤها ببطء عظيم ويكون عندها استعداد للنكسات
والانتهاء بالموت فى هذا المرض يحصل اما بعد مدة مستطيلة بظواهر النهوكة
العظيمة والاستسقاء العمومى أو يطرأ بسرعة قبل وصول الضعف الى درجة
عظيمة بواسطة الالتهاب البليوراوى أو التامورى أو الاسهال الغزير المدمم
أو عقب اصابة المعى الغليظ أو غيرها من العوارض والاحوال الخفيفة من
الاسكربوط ذات المدة القصيرة وسوء القنية الخفيف والاصابات الموضعية
الخفيفة السطحية الغير المصيبة للاعضاء والاجهزة الرئيسة انذارها جيد
على العموم سيما متى أمكن وضع المرضى فى شروط صحية جيدة والاحوال
المغايرة لذلك تكون بالعكس انذارها غير جيد وتبعا لتجارب دوشك التى فعلها

فى

في ستة أشخاص مصابة بالاسكربوط لم يحصل فقط عند ارتقاء هذا المرض تناقص في كمية البول بل كذلك في جميع أجزائه الصلبة ماعدا البوتاسا وحمض الفسفوريك وعند طر والتحسين تزداد كمية البول ثانيا ويقل الاختلاف الكمي من الاجزاء الصلبة والحركة الحية تفقد في الاحوال الخفيفة من الاسكربوط وأما في انتهاء سير هذا المرض لاسيما في الاحوال الثقيلة فان التغيرات الموضعية الالتهابية تكاد تصطحب على الدوام بالحمى

﴿المعالجة﴾

الاسكربوط قل جدا في العصر المستجد بواسطة قصر الاسفار بالسفن البخارية ووضع المؤنة الكافية فيها من الاغذية والمواد المضادة لهذا الداء كعصارة الليمون والجرجير والخضراوات والبطاطس وحفظها على حالة جيدة في محافظ من الصفيح وغلقها غلقا محكما وكذلك تناقص هذا الداء في القرى والبلدان التي كان يوجد فيها سابقا بكثرة وذلك بتحسين حالة المساكن وشروطها الصحية وكذا الاغذية بالنسبة للفقراء بحيث لا نطيل الكلام على الوسائط الواقية من الاسكربوط وان ظهرت جملة احوال من هذا الداء في المجامع العمومية وخشي من انتشاره انتشارا وبائيا وجب التمسك بالوسائط الصحية الواقية وهي عبارة عن النظافة التامة والتدثر بالملابس المدفئة وتغيير هواء المساكن والرياضة في الهواء المطلق والحصول على ماء عذب للشرب واغذية مناسبة كاللحوم والخضراوات الحديثة وانواع السلاطات والبوزة الجيدة والقهوة والنبيذ العتيق

وعند اتضاح الاسكربوط ينبغي استعمال النباتات المجهزة بالضبط المأخوذة من الفصيلة الصليبية نحو الجرجير والكرنب والقرنبيط والفجل وحشيشة الملاعق وغير ذلك فانها جيدة التأثير بخلاف خلاصتها فانها عديمة المنفعة فيعطى من العصارة الحديثة من ٦٠ الى ١٢٠ جراما وزيادة عن ذلك فلعصارة الاثمار الحمضية تأثير جيد كالليمون والكرزوتوت الارض والتفاح ونحو ذلك وارتكانا على القول بأن منفعة عصارة تلك الاثمار مبني على احتوائها على حوامض نباتية قد أوصي باستعمال حمض الطرطريك والليمونيك في هذا الداء لكن لم تؤيد التجارب حقيقة تلك النظريات وأما

النظريات الاخرى القائلة بان احتواء تلك الجواهر النباتية على البوتاسا هو المؤثر فيرتكن اليها وهى مطابقة لنظريات جارود القائلة بأن منشأ الاسكربوط هو تناقص احتواء المنسوجات على البوتاسا أعنى البوتاسا العضوية لا البوتاسا الدموية لكن النتائج العلاجية التى تحصل عليها باستعمال الاملاح القلوية النباتية النقية كخلات البوتاسا وليموناتها غير عديدة وغير كافية حتى ينتفع بها فى اثبات نظريات البوتاسا فى الاسكربوط ومن الممدوح بكثرة فى هذا المرض ماأوصى به (فيمن) وهو خميرة البوزة التى تعطى من ١٨٠ الى ٣٠٠ جرام فى اليوم وعندما يزداد الضعف وسوء القنية تستعمل مع النجاح الجواهر المرة والعطرية كالاستحضارات الكينية ولاسيما المركبات الحديدية ومن المهم جدا الاعتناء بالتدبير الغذائى الصحى طبقا لما ذكرناه فى المعالجة اللائقة واصابة اللثة تستدعى غسل الفم مرارا بالماء أو بمحلول الشب أو التنين أو كلورات البوتاسا ومس قروح اللثة الدامية بمحلول الحجر الجهنمى والبقع الايكموزية والارتشاحات الدموية تستدعى استعمال المكمدات والغسل بالخل العطرى وروح الكافور ونحو ذلك وكل من انزفة الاعضاء الباطنية والتهاباتها تعالج مع اعتبار حالة الضعف العظيمة طبقا للقواعد العامة

(المبحث الرابع)

(فى الداء النمشى لورلهوف)

الداء النمشى لورلهوف يقرب بالكلية من الاسكربوط فان ظواهره الواصفة مبنية كذلك على خروج الدم من الاوعية الشعرية للجلد والاغشية المخاطية لكن فى هذا المرض لا تصطحب الانزفة الشعرية بالاصابة الخاصة بالفم ولا بالانسكابات الواصفة تحت الجلد وبين المنسوج العضلى ولا بالتهابات نزيفية فى الاغشية المصلية كما ذكرناه فى اعراض الاسكربوط وبالاقل فانزفة الاغشية المصلية وتكون أورام دموية فى المنسوج تحت الجلد أو بين العضلات والانزفة السحائية ونحو ذلك لا تحصل فى هذا الداء الا بكيفية استثنائية

ثم ان أسباب تمزق الاوعية الشعرية فى داء ورلهوف غير واضحة ومن امتداد

الانزفة الشعرية فى أقسام مختلفة من الجسم وكثرة وجود هذا المرض عند ضعفاء البنية والناقهين من الامراض الثقيلة والماكثين فى أماكن رطبة رديئة والمتعيشين فى أوساط صحية غير جيدة يقرب من العقل ان الحالة المرضية لجدر الاوعية متعلقة برداءة تغذيتها اما العدم كفاية العنصر المغذى أورداءته لكننا من جهة أخرى نرى اصابة الاشخاص الاقوياء البنية المتعيشة فى أوساط صحية جيدة ولا يتوهم ان عندهم أدنى تغير فى صفات الدم

وفى بعض الاحوال يكون ظهور نكت فورفورية عديدة على الجلد هو العلامة الابتدائية لداور لهوف وفى أحوال أخرى تسبق انزفة الجلد ببعض أيام أو أسابيع باضطراب خفيف فى الهضم واضطراب بنى عمومى وتعب وانحطاط بل وبحمى لكن لا يبتدى هذا المرض البتة بعلامات سوء القنية الثقيل كما فى الاسكر بوط والنكت الفورفورية تكون عادة فى حجم حب الشهدانج او العدس وبندران تكون ممتدة ايكموزية وبجلسها غالبا الاطراف لاسيما السفلى والجذع ومع ذلك فلا أقل من أن يكون الوجه مغطى بنكت عديدة وعندما تصير النكت الابتدائية مخضرة او مصفرة تظهر نكت دموية جديدة وقد تخرج فى بعض الاحوال نقط دموية من مسام الجلد بدون تجويز تسمية ذلك بالعرق النزيفى وكذا يشاهد فى الاغشية المخاطية الظاهرة لاسيما تجويف الفم والحلق بقع نكتية صغيرة ويكثر فى هذا المرض زيادة عما فى الاسكر بوط ظهور انزفة غزيرة مهلكة من الاغشية المخاطية كالرعاف الغزير والقىء الدموى والنزيف المستقيمى والبول الدموى والنزيف الرحمى وكذا قد يحصل نزيف رئوى بدون ان يشاهد الانتفاخ الالتهابى والتلون الاحمر المزرق فى اللثة كما فى الاسكر بوط فان اصاب هذا المرض اشخاصا سليمين اقوياء البنية من قبل ولم يتكرر النزيف بكثرة من الاغشية المخاطية كانت الحالة العامة جيدة للمرضى غير موافقة بالكلية للظواهر المدركة لسوء القنية النزيفى هذا ومع ذلك فانه يتضح هذا المرض بكثرة الحمى ولو كانت مفقودة فى الابتداء والانزفة الغزيرة المتكررة يمكن ان ينتج عنها الانيميا الشديدة والميل للوقوع فى الاغماء والاستسقاء بل والموت وفى غالب الاحوال ينتهى هذا المرض بعد اسبوعين او اربعة بالشفاء ومع ذلك فعلى

الطبيب ان لاينسى ان بعض احوال هذا المرض ولو الخفيفة فى الابتداء قد تنتهى فيما بعد بالموت بواسطة الانزفة الغزيرة المتكررة المستعصية واما تشخيص هذا المرض فليس من الممكن على الدوام تمييزه من جهة عن الفرفورية البسيطة والروماتزمية التى سبق ذكرها ومن جهة اخرى عن الاسكربوط فانه يوجد ولابد تنقلات بين هذه الامراض واستحالة بعضها الى الآخر بل ومن الجائز اختلاط داء ورلهوف الذى يصطحب ايضا بسوء القنية النزيفى وان كان ذلك ليس على الدوام بالليكيميا الحقيقية والكاذبة وبالانيميا الخبيثة ونحو ذلك

ثم ان المعالجة الاعتيادية الموصى بها فى داء ورلهوف النمشى هى عبارة عن استعمال حمض الكبريتيك والاستحضارات الكينية كما اوصى به ورلهوف نفسه وهذه المعالجة ولو لم يثبت ان لها تأثيرا واضحا جيدا فى سير هذا المرض فلابد من اتباعها العدم وجود طرق علاجية اخرى أأكدوا نفعها فيعطى فى الايام الاول من هذا المرض حمض الكبريتيك المخفف اوالاكسير الحمضى لهالير من عشر نقط الى اثنى عشرة نقطة كل ساعتين فى صواغ غروى ابتداء ثم فى مغلى الكينا وزيادة عن ذلك يعطى محلول فوق كلورور الحديد (من نقطتين الى خمسة فى صواغ غروى كل ساعتين اوثلاثة وخلاصة الايرجوتين وخلات الرصاص وزيت الترمنتينا بقدر جرام او اثنين فى اليوم) وجميع تلك الجواهر الدوائية لم تثبت جيدا درجة منفعتها بالتجارب وان حصل رعاف غزير ولم يتيسر ايقافه باستعمال التبريد فلا ينبغى التوانى فى استعمال عملية السد الانفى فان النزيف عادة كلما استطالت مدته ازداد استعصاؤه ويضارب القيئ الدموى باستعمال قطع الجليد الصغيرة ومصل اللبن مع الشب والمكمدات الباردة على البطن والبول الدموى بالتنين بمقادير عظيمة ومن المهم ملاحظة المريض للراحة التامة فى الفراش فى ابتداء هذا المرض واستعمال تدبير غذائى مغذ وغير منبه وانما عند وجود درجة ضعف عظيمة خطرة لامانع من استعمال المنعشات كالنبيذ والكونياك والكافور وعند ارتقاء الخطر جدا يجوز تجربة نقل الدم

*(المبحث

(المبحث الخامس)

{في الايموفيليا اى سوء القنية النزيفى}

يعني بالايموفيليا سوء القنية النزيفى الوراثى الذى يتصف بشدة واستعصاء غير اعتياديين للانزفة الجرحية من جهة ومن جهة اخرى بميل عظيم للانزفة الغزيرة الذاتية والى الآن لم يثبت وجود تغيرات مخصوصة فى الدم او فى جدر الاوعية عند المصابين بسوء القنية النزيفى بها توجه الظواهر المرضية الموجودة عند هؤلاء الاشخاص وهل ذلك ناشئ عن تغير فى صفات الدم التى ينتج عنها تناقص فى مقاومة جدر تلك الاوعية اعنى هشاشة فيها او ازدياد فى اتساع مسامها وهل سبب صعوبة ايقاف النزيف عند مثل هؤلاء الاشخاص ناشئ عن شلل فى الاعصاب الوعائية واسترخاء جدرها كل ذلك لم يتحقق الى الآن ولعله فيما سيأتى يتضح بابحاث جديدة

ثم ان معظم الاحوال المعلومة من الايموفيليا كانت وراثية الينبوع بمعنى ان المرضى كانت متخلفة عن عائلات اعترى احد اعضائها او جملة منها فى الزمن السابق الايموفيليا وهناك امثلة فيها امتدت هذه الحالة فى عائلة من العائلات الى الطبقة الثالثة او الرابعة منها واخرى كان يترك طبقة ويصيب الاخرى بمعنى ان الايموفيليا لم تعتر الاولاد بل الاحفاد ومن النادر ان يعترى هذا الداء جميع اعضاء عائلة واحدة بل الغالب ان تبقى البنات مصانات منه وهناك مشاهدات اكيدة يستنبط منها ان الايموفيليا قد تنشأ عن استعداد عارض خلقى غير وراثى ومما ينبغى ذكره وجود الرعب العظيم الغير الاعتيادى فى العائلات المعتريها سوء القنية النزيفى

ثم ان الايموفيليا لا تتضح ولا تعلم قبل ان يستدل من التجارب على ان كل جرح ولو واهيا ينتج عنه نزيف يعسر ايقافه و يهدد الحياة فانه لا يوجد عند المريض قبل ذلك عرض من الاعراض يدلنا على الخطر الواقع فيه المريض فان بعض المؤلفين وان ذكر ان الاشخاص المعتريها سوء القنية النزيفى تتصف بدكنة لونها وشفوفية اوعيتها السطحية وشقرة شعرها وزرقة اعينها ونحن قد شاهدنا ذلك ايضا فى عائلة الا ان هذه الصفات كانت موجودة عند الاناث غير المصابات بهذا المرض وبعض المؤلفين ذكر ان الهيئة الظاهرة

قد لا تكون واصفة لهذه الحالة والجروح التى ينتج عنها انزفة خطرة للغاية عند مثل هؤلاء الاشخاص هى قلع احدى الاسنان والوخذ والتشاريط والشقوق الصغيرة أو لذغ علقة بل يكاد يظهران مثل تلك الجروح الواهية أكثر خطرا بالنسبه للمرضى من الجروح العظيمة والدم يسيل من الجرح بدون ان يرى فيه وعاء دام فكانما يسيل من قطعة اسفنج وجميع التجارب التى تفعل لقطع النزيف لا تثمر فانه قد يستمر جملة أيام والدم الذى يكون ابتداء منعقدا محمرا يصير فيما بعد رقيقا مائعا ولا يكوّن الا تعقدات واهية ثم تكتسب المرضى هيئة باهتة شمعية وتصير الشفتان فاقدتى اللون ويحصل الاغماء وغير ذا من علامات النزيف والمرضى قد تهلك من اوّل نزيف لكن الغالب وقوفه فالمرضى المنهوكة لا تعود انواعها الا ببطء من العقد الدموى العظم البالغ جملة أرطال الى أن تقع فى خطر آخر بواسطة جرح آخر وزيادة عن هذه الانزفة الخطرة يحصل عند المصابين بسوء القنية النزيفى عقب الرض الخفيف انزفة ممتدة فى جوهر الجلد والمنسوج الخلوى تحته فقد ذكر وندرليش انه قد شاهد عند طفل وقع له عقاب فى مدرسته اورام دموية وانمرطة كدمية عظيمة ذات لون مزرق او محمر بحيث ان اهله اقامت دعوة على سوء المعاملة وقساوتها ثم اتضح فيما بعد ان الطفل كان معتريه سوء القنية النزيفى —— واما الانزفة الذاتية التى تطرأ عند المصابين بهذه الحالة بدون اسباب مدركة فانها لا تظهر فى احوال الايموفيليا الا بعد حصول انزفة جرحية متكررة واكثرها حصولا الرعاف ومع ذلك فقد تحصل انزفة شعبية او معدية او معوية وكذا انزفة ذاتية فى جوهر الجلد والمنسوج الخلوى تحته وهذه الانزفة قد تسبق ببعض ظواهر مرضية كالخفقان والضجر وعلامات اتجاه الدم نحو الدماغ وآلام الاطراف وانتفاخات مؤلمة فى المفاصل لاسيما مفصل الركبة والقدم وعند البنات يحصل الطمث متقدما وغزيرا جدا بكيفية غير اعتيادية وفى بعض الاحوال التى ذكرها كيررليكن موجودا ابتداء عند البنات علامات واضحة لهذا الداء ثم عند تقدم السن وحصول الحمل عندهن تصير علامات سوء القنية النزيفى واضحة وسير الايموفيليا يختلف فهنالك احوال

يشاهد فيها النزيف من السرة عند الاطفال بعد الولادة ولا يمكن ايقافه لكن الغالب ان لا يحصل النزيف الا فى اثناء السنتين اوفى السنة السادسة او الثامنة اومتأخرا عن ذلك وغالب المصابين بسوء القنية النزيفى يهلكون بسرعة فقليل منهم من يجاوز سن الطفولية ومع ذلك فهنالك احوال معلومة فيها وصلت المرضى الى سن متقدم جدا بعد تناقص هذا المرض اوانطفائه بالكلية

ثم انه لم يوجد عندنا وسائط علاجية بها يمكن ازالة سوء القنية النزيفى الخلقى ولذا نقتصر بواسطة تنظيم المعيشة ومنع المؤثرات المضرة على تحسين حالة التغذية العامة والبنية بتمامها حتى يزول هذا الداء الخطر ومن الواضح انه ينبغى تجنب حصول الجروح ولو الواهية وان حصلت انزفة ذاتية مع ظواهر الاحتقان وجب استعمال ملح جلوبير بمقادير مسهلة والحوامض والديجيتالا ونحو ذلك وان كان النزيف ناشئا عن جرح وجب استعمال الضغط الموضعى اما بواسطة الاصبع او الرفائد المدرجة او السد فهو اهم الوسائط ومع ذلك يجوز مس الجرح بالحجر الجهنمى او بمحلول فوق كلورور الحديد مع استعمال التبريد ويستعمل مع ذلك من الباطن كل من الجويدار وخلات الرصاص بمقادير عظيمة متكررة ـــــ وقد اوصى كير رعند النساء الحوامل المصابات بالايموفيليا باحداث الاجهاض بالصناعة او التوليد المبكر خشية من حصول الانيميا الخطرة التى تنتج عن تكرار النزيف عندهن وفيما اذا نتج عن الانزفة المتكررة انيميا شديدة وجب استعمال المركبات الحديدية والنبيذ والاغذية الجيدة ومع ذلك فليس من الجيد كما ذكره ايمير من المبادرة باستعمال المنعشات فان الاغماء الذى يطرأ فى اثناء سيلان النزيف غير الممكن ايقافه قد يكون هو الواسطة الوحيدة فى الحياة بايقافه له

(المبحث الرابع)

(فى الاسكروفيلوز المعروف بداء الخنازير)

(كيفية الظهور والاسباب)

يعنى بلفظ داء الخنازير حالة مرضية فى الجسم متصفة باستعداد واضح

لظهور اضطرابات غذائية مخصوصة فى الجلد والاغشية المخاطية والعظام والحواس ولاسيما فى العقد اللينفاوية ويجوز التعبير عن بنية الشخص الموجود فيه هذا الاستعداد المرضى لتلك الاضطرابات الغذائية بانها خنازيرية ولو لم يكن معتريه فى الحالة الراهنة احد تلك الاضطرابات وقد تركت الآن النظريات القائلة بأن داء الخنازير مبنى على وجود خلط دموى مرضى (اى سوءقنية) وان الاضطرابات الغذائية التى تشاهد عند المصابين بداء الخنازير تنشأ عن تراكم الخلط الخنازيرى السابح فى الدم والعصارات فى المنسوجات المختلفة من الجسم فان التغيرات التى تظهر فى الجلد والاغشية المخاطية والمفاصل والعظام واعضاء الحواس عند الاشخاص الخنازيريين عبارة عن تغيرات التهابية ولا تتميز فى شئ عن الاضطرابات الغذائية الالتهابية التى تحصل عند الاشخاص الغير الخنازيرى البنية وصفاتها المخصوصة تتضح فقط من سيرها البطيئ وميلها للنكسات وبكونها الشدة تأثر المنسوجات تكفى المنبهات ولو الواهية جدا فى احداثها فانه لا يتيسر ذكر الصفات الخاصة بطفح خنازيرى او باصابة مفصلية خنازيرية مثلا وتمييزها عن طفح او داء مفصلى غير خنازيريين بل والاستحالة الجبنية التى كثيرا ما تعترى المتحصلات الالتهابية ليست واصفة ايضا للاضطرابات الغذائية الخنازيرية بل ان هذه خاصة مشتركة بينها وبين غيرها من الاضطرابات الغذائية الاخرى التى تكون ذات سير بطيئ وميل قليل لنحو الفساد والتقيح أو التحلل ايضا ثم انه وان كانت الاصابة المرضية لعضو من الاعضاء لا تظهر صفات مخصوصة بها تعرف طبيعتها الخنازيرية فمع ذلك يندر الوقوع فى الشك فى كل حالة راهنة فى معرفة الطبيعة الخنازيرية لتلك الاصابة من عدمها فانه ان كان السبب المضر الذى بتأثيره احدثها او هيجها جدا بحيث قد يختفى علينا واتضح لنا ان الاصابة على ما يقال ظهرت من نفسها او ظهرت تلك الاصابة او ما يماثلها جملة مرات بدون سبب مدرك وكانت متضاعفة بعدة من الاضطرابات الغذائية الاخرى لاسيما بالتهابات مزمنة مستعصية فى العقد اللينفاوية جاز ولابد تسميتها بالخنازيرية واما ان وجدت اسباب ظاهرة بتأثيرها على الجسم يمكن توجيه ظهور الاصابة

الموجودة وأسماؤها بدون الالتجاء الى القول بإستعداد مرضى مخصوص وكانت تلك الاصابة منفردة ولم تكن مرتبطة بإصابة مرضية مزمنة فى العقد اللمفاوية جاز تسميتها ولا بد بغير الخنازيرية ولو كان لها مشابهة عظيمة بل مماثلة تامة بالنسبة لاوصافها الظاهرة بينها وبين الآفة الخنازيرية ثم ان داء الخنازير يكون فى الغالب خلقيا أو وراثيا أكثر من كونه عارضيا أى حاصلا بعد الولادة

فأما داء الخنازير الخلقى فيوجد فى الغالب عند الاطفال المولودين من أبوين كانا خنازيرى البنية فى شبوبيتهما فهناك عائلات يكون داء الخنازير فيها مصيبا لجميع الاطفال بل أغلبها ومن قبيل هذا الشكل الوراثى بالمعنى الحقيقى داء الخنازير الذى يصيب الاطفال التى كان اباؤها مدة التناسل أو امهاتها فى أثناء الرضاعة مصابة بداء السل أو السرطان أو الزهرى العتيق أو غيرها من أمراض سوء القنية المنهكة وكذا داء الخنازير الذى يصيب الاطفال المتخلفة عن أبوين متقدمين فى السن جدا مدة التناسل وحيث اننا نعلم ان كثيرا من الاضطرابات الجسمية والعقلية تنتقل من الابوين الى الاطفال فلا غرابة ان الاطفال المتخلفة عن أبوين مريضين ضعيفين تولد مع استعداد عظيم للمرض دون المتخلفين من أبوين سليمين قويى البنية وأما القول المنتشر جدا بوجود داء الخنازير الخلقى عند الاطفال المتخلفة من أبوين بينهما قرابة قريبة فليس واضحا ولا قريبا من العقل ــــ ولنضف الى ما ذكرناه ان داء الخنازير الخلقى لا يعترى جميع الاطفال المتخلفة عن أبوين خنازيرى البنية أو ضعيفين أو متقدمين فى السن ولا جميع الاطفال المتخلفة عن أبوين بينهما قرابة بل ان عددا عظيما من تلك الاطفال يولد بدون استعداد مرضى واضح كما انه من جهة أخرى نذكر انه قد يوجد داء الخنازير الخلقى عند اطفال ليس موجودا فى أهلها أحد الامور السابق ذكرها

وأما داء الخنازير العارض فانه يتضح على الخصوص عقب مؤثرات مضرة تعوق نمو جسم الاطفال نموا صحيا فى السنين الاول من الحياة وأهم تلك المؤثرات المضرة التغذية الغير الجيدة ولا سيما التغذية بجواهر كربونية

ادراتية اى مائية وقليلة المواد الازوتية التى لاتحتوى على جواهر مغذية بنسبة حجمها وقد تيقظت الافكار فى العصر المستجد الى الضرر الجائز وقوعه من التغذى بلبن الابقار الضعيفة المصابة بالدرن ووقع الظن بحصول مثل هذا الضرر بسبب وجود جوهر فى العقد الدرنية عند الابقار مشابه لما يوجد فى الدرن الانسانى ولانه ثبت بالتجارب انه بتطعيم لبن الابقار الدرنية لحيوانات اخرى امكن احداث داء الدرن واصابة العقد اللينفاوية الماساريقية والعنقية عندهم شبيها بداء الخنازير الماساريقى عند الاطفال لكن وان جاز الظن والقول بالتأثير المضر لتعاطى مثل هذه الالبان فلم يكن عندنا فى الحقيقة مشاهدات قطعية من هذه الحيثية وكلما كانت التغذية الغير الجيدة للاطفال متقدمة الحصول كان خطر اصابتهم بداء الخنازير عظيما ولذا ان الاطفال المتغذية بالصناعة يصاب عدد عظيم منها بهذا الداء ومثل التغذية الغير الجيدة قلة الحركة والرياضة فى الهواء المطلق والحرمان منه فقد جمع هرش عدة من المشاهدات التى تثبت ان الاقامة المستمرة فى بيوت اللقطة وتكايا الفقراء والمكاتب والفبريقات ونحو ذلك من الاماكن الغير المتجددة الهواء والمحمل هواؤها بابخرة مائية وتصاعدات وتحللات حيوانية تساعد جدا على ظهور داء الخنازير وان تأثير تلك الاسباب المضرة بانفرادها يكفى فى احداث هذا الداء ولو كان فيها الاغذية جيدة وملابس كافية نظيفة ـــــ وفى الغالب يظهر هذا الداء عقب تأثير جملة من تلك الاسباب الغير الصحية وحيث ذكرنا ان المؤثرات المضرة التى تعوق نمو الاطفال ونموا صحيا هى الاسباب الذاتية لداء الخنازير فلا بد وان نضيف لذلك ان هذا الداء قد يظهر عند البالغين تبعا للتجارب التى عملت فى السجون وبيوت الفقراء والشغالين ممن كانت تغذيتهم غير جيدة ومحرومة من الهواء المطلق ومعرضة لمؤثرات غير صحية اخرى ولا يندر ان يعقب بعض الامراض الحادة او المزمنة ظهور داء الخنازير او تكراره ثانيا وذلك يحصل بكثرة كلما كان الشخص حديث السن وغير تام النمو فمن جملة هذه الامراض عند الاطفال بعد السعال التشنجى والحصبة والجدرى وبالجملة فلا يشك فى ان تأثير البرد عند الشخص المستعد باحداثه لالتهابات نزلية

فى الاغشية المخاطية وا ؤثرات الجرحية باحداثها الالتهابات مستطيلة جبنية يمكن انها تساعد فى ظهور هذا الداء ويكثر داء الخنازير عند فقراء المدن والقرا ومع ذلك فهذا الداء ليس بنادر عند الاغنياء بسبب تسلطن الاستعداد الوراثى عندهم ويوجد هذا الداء عند النوعين (اى الاناث والذكور) على حد سوا ويندر وجوده فى سن الرضاع لكنه يظهر فى جميع درجات سن الطفولية الى الخمسة عشر سنة ولا يحصل بعد البلوغ الا بكيفية استثنائية فظهوره اذ ذاك ظهورا ابتدائيا يعد من النوادر لكن نكساته فيهم كثيرة الوقوع

﴿الصفات التشريحية﴾

حيث ذكرنا ان الالتهابات الخنازيرية ليس لها صفات خاصة يجوز لنا ولا بد بالنسبة للتغيرات التشريحية للطفحات الخنازيرية والالتهابات النزلية الخنازيرية ونحو ذلك الاقتصار بالكلية على ما ذكرناه عند الكلام على امراض الجلد بالنسبة للصفات التشريحية للجلد وبالنسبة ايضا للصفات التشريحية للاغشية المخاطية وانما نضيف لذلك ان التغيرات الالتهابية عند الاشخاص الخنازيريين تكون غالبا كثيرة الاخلية الحديثة وبذلك يوجه ميلها للتقيح والاستحالة الجبنية ـــــ وأما شرح التغيرات التشريحية التى تظهر فى العظام والمفاصل واعضاء الحواس عند الاشخاص الخنازيرى البنية والتى طبقا لما ذكرناه لا تتميز عن غيرها بصفات مخصوصة فهى من خصوصيات علم الجراحة والرمد والفن الاخير هو الذى سبق غيره من الفنون بمعرفته ان الصفات الخاصة بالرمد الخنازيرى دون غيره من التهابات وهمية لا حقيقية ـــــ وأما التغيرات التشريحية التى تعترى العقد الليمفاوية عند الاشخاص الخنازيريين فهى التى نطيل الكلام عليها حيث انها هى الكثيرة الحصول جدا عند الاشخاص المصابين بهذا الداء حتى ان العوام تعتبر داء الخنازير واصابة العقد الليمفاوية شيأ واحدا واصابة الغدد الليمفاوية فى الاشخاص الخنازيريين وان جاز حصولها أحيانا عقب تأثير جرحى لا واسطى أو تأثير البرد ونحو ذلك الا انها تنشأ فى معظم الاحوال عن مهيج يصل اليها آت من جذور الاوعية الليمفاوية الواصلة لها بحيث ان المهيجات

الحقيقة الواهية جدا المأثرة على الجلد أو الاغشية المخاطية أو الاعضاء الباطنة تحدث انتفاخا في الغدد الليمفاوية عند الاشخاص ذوات البنية الخنازيرية وهذا الانتفاخ قد يصل الى حجم عظيم جدا ومتى كانت جملة غدد مصطفة على خط واحد أو مجتمعة مع بعضها يكوّن نوع أشرطة عقدية او حزمة غير منتظمة وهذه الاورام الغددية تكون ذات شكل غير منتظم ومقاومة عظيمة وسطح أملس وهى تنشأ عن ضخامة فى الغدة أو وهو الاصح عن نموّ خلوى حيث ان جوهر الغدة بتمامه لم يتزايد بل الذى يتزايد هو أخلية الغدد الليمفاوية وحيث ان احتواء تلك الغدد على عناصر خلوية قابل للازدياد والتناقص فى الحالة الصحية فلا يستغرب من كون الغدد الليمفاوية العظيمة الحجم جدا لا يندر أن يزول انتفاخها بالكلية ومع ذلك فالتناقص التدريجى لتلك الاورام ورجوع الغدد الى حجمها الطبيعى ليس هو الانتهاء الوحيد لداء الخنازير الغددى —— فانه فى بعض الاحوال تصير الغدد المنتفخة بنمو خلوى فيها (المعروف بالايبربلاسى) محلا للتغيرات التهابية تطرؤ عليها فيما بعد ويشترك فى ذلك المنسوج الخلوى المحيط وحينئذ لا يمكن تمييز الغدد من بعضها فى الورم العظيم ثم يلتصق الجلد بالورم الكائن أسفل منه فلا يتزحزح عنه والالتهاب الغددى يستحيل عادة الى التقيح وتكون الخراج ثم ينثقب الجلد المسترق جدا بواسطة قيح الخراج فيخلف ذلك قرحة متعرجة ذات حواف منفصلة —— وفى أحوال اخرى يحصل الالتهاب والتقيح فى جزء محدود من الغدة المنتفخة فقط والقيح المكوّن لبورة لا يثقب محفظة الغدة بل يتكاثف ويستحيل الى مادة جبنية فان زال انتفاخ الغدة فى مثل هذه الاحوال وجدت البورة الجبنية مكوّنة لشبه عقدة صلبة على السطح الظاهر من الغدة وصيرت شكلها غير منتظم بل والغدة المنتفخة بواسطة النموّ الخلوى يمكن أن تعتريها استحالة جبنية جزئية أو كلية بدون ان يسبق ذلك التهاب وتقيح فان حصل ذلك فى أجزاء محدودة صار شكل الغدة غير منتظم وزاويا والبورة الجبنية قد تستحيل الى حالة طباشيرية لكنها فيما بعد تهيجها لما حولها كجسم غريب قد تؤدى لالتهاب مستعص وتقرح فى الغدة وبالجملة فقد يتكوّن درن واضح

فى

فى الغدة المنتفخة المتجبنة أو الغير المتجبنة بل وذهب شبل الى ان كل تجبن فى الغدد الليمفاوية مبنى على تكون الدرن فيها بخلاف (ورچوف) فانه ذهب كما هو معلوم الى ان الجوهر الجبنى قد ينشأ عن تنكرز فى جوهر الغدة المعتريها لنمو الخلائى وانتفاخ الغدد الليمفاوية عند الاشخاص الخنازيريين يكون مجلسه غالبا العنق لاسيما خلف الاذنين وأسفل الفك السفلى ويمتد الى الكتفين وكثيرا ما تكون الغدد الشعبية والماساريقية عند هؤلاء الاشخاص مجلسا النمو خلوى والالتهابات لهذا الاضطراب الغذائى فحينئذ يجوز تسمية كل من الالتهاب النزلى الشعبى والمعوى الذى ينتج عن انتفاخ الغدد الشعبية والماساريقية واستحالتها الجبنية بالالتهاب الشعبى والمعوى الخنازيرين المستعصيين

﴿الاعراض والسير﴾

قد ذكر فى الطب القديم ان الاستعداد للاصابة بداء الخنازير يتضح قبل هجومه باوصاف خاصة فى الجسم فتارة تكون الاطفال ذات رأس عظيم الحجم وسحنة غير منتظمة وجسم غليظ وعنق قصير غليظ وطبقة شحمية نامية تحت الجلد ومزاج لينفاوى (وهذا ما يسمى بداء الخنازير الضعفى) وتارة أخرى تكون الاطفال ذات شعر أشقر وجلد رقيق ابيض واوردة براقة وعضلات دقيقة وجسم لطيف ومزاج حاد ونباهة عقلية جيدة (وهذا ما يسمى بداء الخنازير التنبهى) ولاشك انه يوجد فى عدد عظيم من الاطفال الخنازيريين بعض أطفال تتصف ولابد باحدى هاتين الصفتين الجسميتين لكن الغالب أن تكون الاطفال الخنازيرية خالية عن احداهما ولذا ان تمييز داء الخنازير الى ضعفى وتنبهى قليل الجدوى ——

وليس من الممكن وصف داء الخنازير بشرح جامع بين موجزات الاضطرابات الغذائية المختلفة تتحد مع بعضها فى هذا المرض بكيفيات عديدة وذلك انه فى بعض الاحوال يتضح قسم من الظواهر المرضية وفى غيرها يتضح قسم آخر وان بعض المرضى ولو مع اصابتهم بشكل من داء الخنازير ذى السير البطئ المستعصى تصاب مع ذلك باشكال خفيفة غير خطرة وبعضهم باشكال خفيفة من هذا الداء وبعضهم يصاب باشكال ثقيلة غير قابلة للشفاء من

الابتداء فلا يوجد مرض من الامراض حينئذ يتضح بصفات متعددة بالنسبة لمجلسه واختلاف ظواهره المرضية مثل داء الخنازير وقد أشرنا فيما سبق فى مباحث عديدة الى الارتباط المحقق بين كثير من الامراض وداء الخنازير بل وقد يصيب هذا الداء فى كثير من الاحوال بعض أجزاء من الجسم يكون موضوعها فن الجراحة أو الرمد أو فن امراض الاذن والاصابات الموضعية المختلفة وان لم ينشأ فى كونها انتج اما عن تأثير أسباب مضرة تكون ذات تأثير مضر بالنسبة لعضو دون الآخر أو عن تناقص فى قابلية مقاومة أحد هذه الاعضاء بالنسبة للمؤثرات المضرة العامة فمن النادر مع ذلك امكان اثبات كيف انه فى حالة يتضح طفح اجزنتيماوى خنازيرى وفى أخرى رمد خنازيرى وفى حالة أيضا مرض عظمى خنازيرى كما وانه من المبهم جدا كون التهابات الغدد الليمفاوية ونموها الخلائى وضخامتها تتضح جدا فى حالة دون الاخرى بل ولم يثبت الى الآن ان كان حصول انتفاخ الغدد الليمفاوية عند الاشخاص الخنازيريين من الظواهر الاولية أو بان كان النمو الخلوى فى الغدد والتهابها متعلقا بتهيج واصل اليها من بؤرة مرضية مجاورة اى ظاهرة ثانوية أم لا وحيث انه من الجائز اثبات المنشأ الاخير فى معظم الاحوال فليس من البعيد عن العقل انه فى الاحوال التى فيها لا يتيسر ثبوت ذلك ان حالة التهيج السابقة الحصول فى منشئ الاوعية الليمفاوية الواصلة للغدة المريضة قد انطفى فانه من القواعد العامة ان اصابة الغدد الليمفاوية يستمر زمنا طويلا زيادة عن الاضطراب الغذائى الناشئة هى عنه

فاما الطفح الاجزنتيماوى الذى يكون غالبا الظواهر المرضية الابتدائية عند الاشخاص الخنازيريين فمجلسه عادة الوجه وفروة الرأس ويكون فى الغالب من جملة أشكال الالتهاب الجلدى السطحى الذى يتكون فيه ضح غزير الاخلية كثيرا او قليلا على السطح السائب من الجلد وهو المعبر عنه الآن بلفظ الطفح الاجزنتيماوى أو الطفح الامبتيجنوزى وكان يسمى قديما بالسعفة وبالبريجينو

وأما الالتهابات الخنازيرية فى الاغشية المخاطية فانها تحصل على الخصوص

بقرب الفتحات الطبيعية وفيها يشترك فى الاصابة بسهولة الجلد الساكن حول تلك الفتحات سيما ان كان مندى بالافراز السائل فلا يتضاعف الزكام الخنازيرى باجزيما فى الشفة العليا والالتهاب النزلى الخنازيرى للقناة السمعية الظاهرة باجزيما حول الاذن والرمد المتحمى النزلى باجزيما فى الوجنة وكذا قد يمتد الطفح الاجزنيماوى من محيط الفتحات الطبيعية الى الاغشية المخاطية فيؤدى حينئذ الى الزكام أو السيلان الاذنى أو الرمد المتحمى النزلى فالكثير من الاطفال الخنازيريين هيئة واصفة حقيقة وذلك بواسطة الزكام المزمن مع انتفاخ واحمرار فى الانف وثخن واحمرار فى الشفة العليا او بواسطة الرمد البثرى المصحوب بفزع عظيم من الضوء مع تدمع غزير يلجئ هؤلاء الاطفال الامتناع عن الضوء وغلق الاجفان بقوة بل وتغطية الوجه بايديهم ـــ وأما الالتهابات النزلية الشعبية والمعوية والالتهابات النزلية التى تصيب بندرة الاعضاء البولية والتناسلية عند الاشخاص الخنازيريين فانها باستعصائها عن الشفاء توقظ الظن بانها تغيرات مرضية خبيثة مفسدة وكذا الالتهابات النزلية الشعبية تؤدى حقيقة بامتداد التغير المرضى الى الاخلية الرئوية واستحالة البورات الالتهابية الرئوية الى الحالة الجبنية والاشيما فيما بعد الى السل الرئوى وزيادة على ذلك فقد تلين الغدد الشعبية المنتفخة المعتريها الاستحالة الجبنية وتتلاشى فينصب متحصل الكهوف الناشئة عن ذلك فى الشعب وأما الاصابة الخنازيرية المعوية فقد سبق ذكرها

وأما الالتهابات المفصلية الخنازيرية فانها تسير تارة على شكل الورم الابيض وتارة على شكل الالتهاب المفصلى الخبيث الذى يؤدى لتقيح المفصل وتسوس الاطراف المفصلية وانحدارات صديدية مع تكون نواصير والاصابة الخنازيرية فى العظام اما ان تبتدأ بالسمحاق أو بالعظام فتظهر تارة صفات الالتهاب السمحاقى وتارة صفات الالتهاب العظمى مع الانتهاء بالتسوس أو بالتنكرز وأما اعضاء الحواس فالغالب أن تصاب الاعين بالتهابات مستعصية لاسيما أجزائها السطحية كالغدد الميبومية (وتعرف بالرمد الغددى الخنازيرى) والملتحمة الجفنية والقرنية بل وقد تعتبر فى الحالة

الراهنة ندب القرنيــة وتكدراتها علامات مهمة على الداء الخنازيرى الذى تقدم حصوله فى سن الشبوبية والاذنان قد يحصل فيهما زيادة عن التهاب الاذن الدمعيــة ظاهرة التهابات ثقيــلة باطنية فى الاذن مع الالتهاب بتثقب فى غشاء الطبــلة أو تسوس فى عظم الصخرة وأما الاعــراض المــدركة للاصابة الغددية فتتضح مما ذكر آنفا فالاورام الغــددية الناشــئة عن نمو خلائى لاتصطحب بآلام ولا بظواهر حميــة لكنها ان وصلت الى حجم عظيم فى العنق فانها لاتشوه المــرضى فقط بل تعوق حركة العنق عنــدهم ايضا وكل من التهابات الغدد الينفاوية والالتهابات الفلغمونية للاجزا المحيطة بها يمكن أن يصير مؤلما للغاية ويصطحب عنــد اشتداده غالبا بحمى متفاوتة الشــدة ذات ثوران مسائى وحينئذ لاتضطرب الحالة العامة للمرضى فقط بل تنهك قواها وتضطرب تغذيتها اضطرابا عظيما متى استمرت تلك الالتهابات والحمى المصاحبة لها كما هو الغالب جملة أسابيع أو اشهر فان انفتحت الخراجات المتكونة من ذاتها أو بالصناعة ولم تتكون بورات التهابية جديدة زالت الحمى بسرعة وعادت المرضى لقواها تدريجا

وسير داء الخنازير بطىء مستعص فان التحسين فيه يكاد يتعاقب على الدوام بتنقل دورى فاما أن تتكرر اصابة المــريض بقسم من الظواهــر المرضــية مع الشدة والتزايد أوانه بعــد تحسين مجموع الاعراض السابقــة أو زوالها بالكلية يطرأ نوع جــديد من الاعراض واكثر ماينتهــى به داء الخنازير هو الشفاء لاسيما ان عــد من هذا القبيل الاحوال التى فيها تحصــل سحابات دائرية فى القرنية وندب مشوهــة فى العنق والوجنتين وغــيرها من الآثار التى لاتحــدث اضــطرابا فى الصحة العامة وفى زمن البــلوغ تزول غالبا الاضطرابات الغذائية الخنازيرية بل والهيئة الخنازيرية ايضا ويندر أن تحدث مؤثرات مضرة تصيب الجسم فى هذا الزمن أو فيما بعد ترددا أو نكسات فى هــذا الداء الآخذ فى الانطفاء او رجوعه بعــد انطفائه بجملة سنين ويندر أن يطرأ الموت عقب تلك الاضطرابات الغذائية المعبر عنها بالخنازيرية بدون واسطة والذى يهدد الحياة من تلك الاضطرابات الغــذائية هى الالتهابات المفصلية والاصابات العظمــية وتسوسها كالداء الفصل العجزى الحــرقفى

والفخذى الحرقفى ومفصل الركبة والالتهابات الرئوية الجبنية واصابات المعا والعقد المساريقية المعبر عنها بالسل المساريقى أو الدرن الدخنى وبالجملة نذكر أنه قد يحصل فى اثناء سير التقيحات المزمنة الخنازيرية والاصابات العظمية استحالة نشوية فى الكبد والطحال والكليتين وأما الارتباط بين داء الخنازير والسل الرئوى فقد تقدم الكلام عليه فى مبحث السل الرئوى

﴿المعالجة﴾

اما المعالجة الواقية من داء الخنازير الوراثى فتكاد تكون على الدوام خارجة عن دائرة أشغال الطبيب ومما ينبغى طبا ان الاشخاص الخنازيرى البنية والدرنيين والضعفاء البنية والمتقدمين فى السن لا تتزوج راسا وان الاشخاص السليمين الاقوياء لا تتزوج من الاقارب القريبة جدا لكن قول الطبيب بان الزواج بهذه الكيفية ربما يخلفه أطفال خنازيرو البنية لا يمنع أحدا من تقربه للزواج واجرائه ـــ وأما التمسك بوسائط صحية واقية من انتشار الداء الخنازيرى العرضى فأمر ممكن الحصول عليه مع الفائدة العظمى وهذه الوسايط تستنتج مما ذكرناه فى أسباب داء الخنازير العارضى ومن المهم التمسك به ان المحدث لداء الخنازير ليس أحد الاسباب المضرة فقط بل جميع الاسباب الغير الصحية التى تتعرض لها الاشخاص ولاسيما الاطفال فى السن الحديث فكثيرا ما يتوقع الحصول انه من ابتداء ظهور أول علامة لداء الخنازير أو خيف من ظهوره عند الاطفال يمتنع من اعطائهم نحو الخبز والفطير وتفاح الارض ويعطى لهم زيت كبد الحوت بمقادير عظيمة واتية الا أنه يسمح فى بقائهم طول النهار فى قاعات مظلمة أو اودا المدارس الممتلئة بعدد عظيم من الاطفال والحال ان الاقامة فى الهواء الجيد المطلق والحركات العضلية الكافية ضرورية جدا بالنسبة للمعالجة الواقية كترتيب التدبير الغذائى وبالنسبة للامر الاخير لابد لنا من ان ننبه على خطأ مشهور ذكرناه عند الكلام على المعالجة الواقية من السل الرئوى وهو الاعتقاد بان تعاطى الخبز وتفاح الارض يحرض على ظهور داء الخنازير والدرن الرئوى فتمنع الاطفال من التغذية بتلك الجواهر مع ان هذا التاثير الضر لا ينتج

لا عن تعاطى الاغذية الحيوانية بكمية غير كافية فان تعاطى نحو تفاح الارض وغيره من الجواهر القليلة التغذية بالنسبة لحجمها لا يكون مضرا الا متى كانت هى الوحيدة أو الرئيسة فى التغذية وقد ذكرنا فيما تقدم الجواهر الغذائية المعوضة للغذاء الاول عند الاطفال وهو اللبن الامو ذكرنا انه عند فقده يعطى دقيق الاطفال للعلم (نسليه) أو اللبن المنضغط المتركز للعلم (بيدرت) وعند الاطفال التى تكون مضت زمن الرضاعة ومهددة بحصول داء الخنازير أو مصابة به ينبغى النسبة لترتيب التدبير الغذائى ونوع المعيشة اعطاء أوامر صحية قطعية فانه لا يكفى مثلا الايصاء ان الطفل يأكل قليلا من الخبز وكثيرا من اللبن والامراق واللحم والبيض ولا يشتغل بكثرة ويتريض فى الهواء الطلق بل ان اريد النجاح ينبغى الامر بتعيين مقدار الغذاء مع الدقة وعدد الساعات التى تلزم للشغل أو الرياضة

وأهم الجواهر الدوائية المضادة لداء الخنازير واكثرها شهرة زيت كبد الحوت فهناك أحوال عديدة ثبت فيها نجاحه الكلى لكن من جهة أخرى ننبه على انه قد يستعمل استعمالا غير لايق فان من ظن ان وجود نخن فى الانف وتسلخ فى الشفة العليا وعدة من الغدد اللينفاوية المنتفخة تكفى فى الايصاء باعطاء زيت كبد الحوت لا يتحصل فى كثير من الاحوال على فايدة بالنسبة للمرضى بل قد يحدث ضرر لهم والذى يرتكن اليه فى تمييز الاحوال التى يجوز فيها اعطاء زيت كبد الحوت والتى لا يثمر فيها هذا الجوهر الدوائى هى العلامات التى أشرنا لها فيما تقدم لكل من داء الخنازير الضعفى والتنبهى فان استدل من رقة تركيب بنية المرضى ومن فقد الطبقة الشحمية تحت الجلد ومن سرعة ضربات القلب ومن ازدياد قابلية تنبيه المجموع العصبى على ان حركة التحليل العنصرى متزايدة حصل ولا بد من استعمال زيت كبد الحوت نجاح عظيم فانه فى اثناء استعماله يشاهد ازدياد فى امتلاء الجسم وتناقص فى قابلية تاثيره وفى جميع الظواهر المرضية المرتبطة بذلك ومثل هذه الاحوال هى التى اشتهر فيها زيت كبد الحوت بانه واسطة مضادة لداء الخنازير واما ان وجد بعكس ذلك عند شخص خناز يرى البنية جسم غليظ غير منتظم وكان كل من الانف والشفة العليا ليس فقط هو المنتفخ بانفراده

بل كانت كذلك الطبقة الشحمية اسفل الجلد نامية نموا عظيما وضربات القلب بطيئة وكانت قابلية تنبيه المجموع العصبي متناقصة جدا وبعبارة أخرى يكون كل من التبادل العنصري وحركة التحليل الجسمي متناقصا لا متزايدا فحينئذ يكون لا حاجة لاستعمال زيت كبد الحوت في داء الخنازير ولا فائدة فيه —— ومن المستعمل بكثرة أن يعطى للمريض مع زيت كبد الحوت بعض جواهر دوائية مشتملة على قليل من الجواهر القابضة النباتية أو المرة لا سيما ثمر البلوط المحمص (اى قهوة البلوط) او اوراق شجر الجوز على شكل منقوع واعطاء تلك الجواهر في الاحوال التي فيها توجد حالة مرضية نزلية مزمنة في المعا بها يتعسر كل من الهضم وامتصاص الكيلوس وتضطرب التغذية وكذا التي فيها يخشى من تشاقل الحالة المعوية المرضية من استعمال زيت كبد الحوت فحينئذ يكون جائزا وكثير الفائدة وحيث من الضروري التمادي على استعمال كل من زيت كبد الحوت وقهوة البلوط ومنقوع ورق شجر الجوز زمنا طويلا فلابد من اتباع بعض شروط في ذلك فالاطفال تزول كراهتهم لتعاطي زيت كبد الحوت بعد زمن قليل فلا تابى من تعاطي المقدار الكافي منه وهو من ملعقتين صغيرتين الى ثلاثة كل يوم واما البالغون فانهم تابى استعماله فيتعسر بكثرة المداومة على استعمال المقدار الكافي منه عندهم وهو من ثلاثة ملاعق صغيرة الى ستة والاجود عدم استعمال زيت كبد الحوت عند فراغ المعدة بل يستعمل بعد الاكل بنصف ساعة او ساعة وينبغي عند استعمال هذا الجوهر الدوائي اجراء فترة في الاستعمال زمنا فزمنا فانه ان تعودى على استعماله بدون انقطاع مدة اشهر حصلت كراهة عظيمة بل مستمرة غالبا حتى عند الاطفال بل غثيان وقيء كل مرة يوجب للجبر على استعماله وهذا العارض غير الجيد الذي يمنع من استمرار المعالجة يمكن غالبا تجنبه بفعل تقطع وفترات في تعاطيه من ثمانية ايام الى اربعة عشر كل اربعة اسابيع او ستة من تعاطيه ولاجل تعاطي قهوة البلوط عند الاطفال بسهولة يكفي أن يضاف لثمر البلوط بعض حبوب من البن —— وعند الاطفال ذوات اللون الانيمياوي الممتقع ينبغي أن يوصى بتعاطي استحضار حديدي خفيف بمقدار موافق لسن

الطفل ــــ وأما اليود فلم يستعمل الآن بكثرة فى داء الخنازير مثل ما كان يوصى به (لبجول) ويظهر ان له ثمرة فى الاحوال التى يوجد فيها نمو خلوى مزمن عظيم فى الغدد الليمفاوية لاسيما متى كانت هذه الاخيرة هى الظاهرة الرئيسة فى هذا الداء وكذا عند وجود أمراض عظيمة ثقيلة ويستعمل هذا الجوهر الدوائى على شكل يودور البوتاسيوم أو يودور الحديد بجعل الاخير شرابا والاوفق استعماله على شكل المياه المعدنية اليودية لاسيما كريتسناخ وسالين وغيرهما من المياه الكلورورية الصودية والحديدية راجع رسالتنا فى المياه المعدنية ومتى تيسر فتستعمل تلك المياه شربا واستحماما فى محل ينبوعها

ومن المهم فى معالجة داء الخنازير الحمامات القلوية الملحية لاسيما مياه نوهيم وكريتسناخ ونحو ذلك فان هذه المياه بتنبيهها وازديادها فى التبادل العنصرى الغذائى تعين على شفاء وتحلل التغيرات الموضعية المرضية فتكون جيدة المنفعة فى الاورام الغددية واصابات الاغشية المخاطية والطفحات الجلدية واجود الطرق العلاجية وأشهرها فى تحسين التغذية وتقويتها هى الحمامات البحرية ولابد ان فى تلك الحمامات دخلا وتأثير الهواء البحار وقد استعملت فى العصر المستجد المعالجة بالماء البارد لاجل مضاربة داء الخنازير ولايشك ان فى استعمالها مع الاحتراس لاسيما على شكل التغليف بالملاءات المبتلة بهذه الطريقة شروط منفعة عظمى فانها تحدث ارتقاء وسرعة فى التبادل العنصرى الغذائى البطيئ وقد ذكر بركهرشفلد انه شاهد تأثيرا جيدا من استعمال التشلشل البارد الموضعى على الاورام الغددية الخنازيرية فانه شاهد زوال وشفاء أورام من هذا القبيل كانت قد استعصت على جميع أنواع المشمعات والمراهم المحللة بالاستعمال المستمر للتشلشل البارد الموضعى والمكمدات الباردة

وعند الاشخاص الخنازيريين غير الضعفاء البنية وغير الانيميين يوصى فى الفصل المعتدل من السنة باستعمال معالجة مسهلة لطيفة بواسطة شرب المياه الكلورورية الصودية وذهب برون الى ان المعالجة اللطيفة المستمرة بماء كرلسباد عند وجود ارتشاحات خنازيرية جيدة جدا وتحقق تكرار الايصاء

باستعمالها زيادة عما هو جار الى وقتنا هذا ولايجوّز المعلم برون نسبة جودة تأثير تلك المياه لاحتوائها على اليودوس كانه فانه قليل فيها للغاية بل لاحتوائها على مقدار عظيم من كلورور الصوديوم وفيما اذا لم يتيسر للمريض التوجه الى احد الاماكن الموجود بها تلك المياه ينبغى الاجتهاد فى الحصول على مساكن جيدة الهواء فى الخلوات وأما ما يخص معالجة الاصابات الموضعية الخفيفة أو الثقيلة فليراجع كل فى مبحثه كأن تراجع كتب الجراحة والرمد

﴿المبحث السابع﴾

(فى الديابيطس السكرى)

﴿ويعرف بالملابتور يا أى البول العسلى﴾

(كيفية الظهور والاسباب)

الديابيطس السكرى عبارة عن اضطراب غذائى عمومى متصف بظهور كمية متفاوتة من السكر فى الافرازات المختلفة من الجسم لاسيما البول فكيفية ظهور الديابيطس السكرى مرتبطة حينئذ ارتباطا كليا بمسئلة الوظيفة الفسيلوجية للسكر فى الجسم الانسانى عموما وبتكونه فيه خصوصا ولنعترف مع التأسف انه مع التجارب العديدة التى فعلت بهذا الخصوص لم تزل هذه المسئلة الى وقتنا هذا فى تغيهب عظيم وجميع الاراء على هذا الخصوص لم تزل عرضة لمناقضات عظيمة فان بعض المؤلفين المشهورين ككلود برنار دوليمان وأسيدوفر يريكس وكثنانى وسناتور وغيرهم يعتبر أن السكر متحصل طبيعى ضرورى للحياة ناتج عن التبادل العنصرى والبعض الآخر منهم مثل بافرى ورتر وشيف وسيجن وغيرهم يعتبره جوهرا غريبا وليس ناتجا عن الاعمال الفسيلوجية فى الجسم فظهور هذا الجوهر فى الجسم لايحدث هذا المرض بازديادفى كميته كما ذهب اليه المؤلفون الاول بل بمجرد ظهوره فيه على انفراده ولاحاجة للتعرض هنا الى الفحص الدقيق عن جميع النظريات التى قيلت بالنسبة تكوّن الجليكوز والديابيطس السكرى واتباعها فى جميع دقائقها بل الواجب علينا هنا الاقتصار على بيان التوجيهات والنظريات المهمة التى لها فائدة عملية حتى تتضح الحالة التى عليها هذه المسئلة الآن

ثم ان المؤسس الحقيقي لمذهب تكون السكر في الجسم هو ولابد كلود برنارد فتبعا النظر بانه التي تنوعت تنوعات مختلفة على هذا الازمان يعتبر السكر عنصر احتراق ضرور بالجسم و يتكون في باطنه على الدوام بكيفية طبيعية والعضو المولد له هو الكبد تبعا الرأي هذا المؤلف وذلك ان هذا العضو يولد ابتداء ما يسمى بالجليكوجين أي النشاء الكبدي الذي هو الدرجة الكيماوية الابتدائية لتكون السكر وان هذا الجليكوجين يستحيل بتأثير خميرة نوعية قد ياستازية الى سكر والجليكوجين ينشأ تبعا البرنارد عن العناصر الغذائية الداخلة في الجسم وذهب الى أنه يتولد من السكربونات الايدراتية الداخلة في الجسم كما يتولد أيضا عن الجواهر الزلالية وقد حصلت اعتراضات عديدة بالنسبة لمسئلة تكون الجليكوجين فتبعا لتقاويم المعلم ميرنج طبقا لمشاهداته ومشاهدات غيره تعتبر مولدات للجليكوجين الجواهر الاتية وهي سكر العنب وسكر القصب وسكر الاثمار والمادة السكرية النباتية المعروفة بالاينولين وبالجزازين وبالجليسيرين وبالاربوتين والغرويات والمواد الزلالية (وهي زلال البيض والمادة الليفية والمادة الجبنية) بخلاف تعاطي الانيوزيت والمانيت والكويرسيت والايرتيريت والشحم فانه لم يوجد بعد تعاطيها كمية واضحة من الجليكوجين في كبد الحيوانات التي تركت في حالة الجوع بل زال منه هذا الجوهر شيأ فشيأ ولاشك أن التغذية بالمواد المحتوية على النشا هي أعظم المؤثرات المولدة للجليكوجين فقد وجد نونين في تجاربه بالتطعيم انه عند التغذية بالمواد النشوية يوجد دم الوريد الباب محتويا على كثير من الدكسترين وزعم أن منه يتكون جزء من جليكوجين الكبد وأما المعلم شيرينوف الذي ينسب تكون جميع جليكوجين الكبد للسكر الموجود في المواد الغذائية وينكر خلافا لما تقدم تكون السكر من الجليكوجين فقد سمى الجليكوجين بالجليكوفتنيز وأما تكون الجليكوجين من المواد الزلالية فهو وان استبان من تجارب ومشاهدات أكلينكية عديدة لم يزل مشكوكا فيه الى الان وكذا الكيفية التي بها يتكون الجليكوجين من الجواهر الغذائية التي صار تعاطيها لم تزل عرضة للمجادلات فاعترض على الرأي الذي كان سابقا منتشرا ومقبولا بان هذا الجوهر ينشأ

عن

عن استحالة لا واسطية فى الجواهر الغذائية التى صار تعاطيها باختلاف الجواهر الغذائية ولو كانت فى التركيب الكيماوى قريبة من بعضها وكذا النظريات القائلة بان الجليكوجين ينشأ عن المادة الزلالية للدم السابحة فى الدورة وان مولدات الجليكوجين لا تؤثر الا بكونها سهولة احتراقها يعتريها التأكسد وبذلك تحفظ الجليكوجين المتولد وهذه النظريات و (تسمى نظريات الحفظ والوفر) قابلة للاعتراض أيضا لاسيما وان المواد الشحمية السهلة التأكسد جدا ليس لها أدنى تأثير فى تكون الجليكوجين —— ثم انه بعد تحمل الدم الواصل الى الكبد بالسكر بواسطة تأثير الخميرة الكبدية الدياستازية يسيل هذا الدم ويهرع تبعا لبرنارد بدون ان يعتريه أدنى تغيير فى متحصله السكرى نحو القلب الايمن ثم الدورة الصغرى ثم الشرايين وانما يعترى السكر احتراق فى الاوعية الشعرية كما يثبت ذلك بقلة السكر جدا فى الدم الوريدى وهذا الاحتراق يختلف باختلاف المحال وانما يشتد جدا فى الجذوع الابتدائية للوريد الباب بحيث ان الدم الآتى به للكبد يكاد يكون خاليا عن السكر بالكلية وهذا الامر يثبت تبعا لبرنارد فى الحيوانات عند التغذية باللحم المحض التى بها يفقد ولابد الامتصاص اللاواسطى للسكر من الجذوع الوريدية للوريد الباب وهناك تحاليل عديدة للدم مؤيدة لمذهب برنارد ولو اعترض فى قوة اثباتها بعضهم الا انها ابدت وصارت مقبولة عند كثير من المؤلفين فكمية السكر الموجودة فى الدم فى الاحوال الصحية قليلة جدا بحيث لا تنفذ وتخرج مع الافرازات لاسيما البول تزداد ازديادا عظيما فى الاحوال المرضية بحيث تنفذ وتخرج معه فينشأ عن ذلك حينئذ الديابيطس السكرى وأسباب ازدياد السكر هذا تبعا النظريات برنارد توجد ولابد فى ازدياد وظيفة العضو المكون للسكر وهو الكبد ويمكن احداث ذلك بوسايط صناعية لاسيما بالتأثير اللاواسطى على المجموع العصبى فقد برهن ابتداء برنارد على ان وخز أو جرح صفر محدود فى قاع الجيب الرابع بقرب منشأ العصب المتحير يصير الحيوانات ديابيطيسية (أى ذات بول سكرى) وقتيا (وهذا ما يسمى بالوخز البولى السكرى) بخلاف الوخز فى صفر أعلى من ذلك فانه لا يحدث كثرة الافرازا

مولياغزيرابدون سكرفيه وكذا المعلم ايكارد برهن على احداث البول السكرى الصناعى بواسطة قطع العقدة العصبية العنقية السفلى من الزوج الاول الصدرى او الاخير العنقى و بواسطة جرح الفص الخلفى من المخيخ عند بعض الحيوانات اذ بذلك يحصل افراز بولى غزير (ويسمى ذلك بالفص الادريمى او الديابيطسى) كما ان المعلم شف قد برهن على احداث الديابيطس بواسطة افساد النخاع الشوكى امام وخلف منشأ الاعصاب العضدية والمعلم باقى بواسطة جرح الضفيرة الفقرية للعظيم السمباتوى ونحو ذلك وزيادة عن ذلك فان الديابيطس الصناعى ينشأ عن الامور الآتية وهى الحقن بالكرازين ومحلول ملح الطعام وكل من كربونات الصودا أوخلاتها او بنتراتها او الاميلتريت والمرفين ونحو ذلك ومما ينبغى التنبيه عليه ان قطع العصب الحشوى السمباتوى يفقد تأثير كل من الوخز والحقن الديابيطسيين وان الحقن تحت الجلد بالجليسيرين يحدث هذه النتيجة كما قاله لوك سنجر وشك فيه اكهارد وذهب برنارد الى ان تأثير هذه الامور المحدثة للديابيطس السكرى انما ينتج عن احتقان فى الكبد يشير وظائف هذا العضو فان كلا من جرح المراكز العصبية والحقن بالسوائل المذكورة يحدث ولابد تهيجا فى المجموع العصبى الوعائى وعلى هذا الاخير ينبنى احتقان الكبد (وانضم اكهارد الى هذا الرأى أيضا) فان تعادل هذا التهيج وانطفى زال أيضا ازدياد تكون السكرية وان لم يتعادل التهيج وبقى استمر أيضا الديابيطس السكرى فالديابيطس حينئذ مرض فى المجموع العصبى الوعائى وليس فى الكبد ولذا أنه لهذا السبب يكاد يوجد دائما غير متغير فى الصفات التشريحية وانما يكون محتقنا فقط بخلاف الدماغ فانه يكون غالبا محلسا للتغيرات مرضية (كالاورام)

وقد صار ذكر بعض اعتراضات على هذه النظريات المبينة مع التفصيل فالمعلم باقى هو الذى اجتهد ابتداء فى اثبات كون الكبد فى الحالة الطبيعية لا يحتوى على سكر بل على جليكوجين (وهذا الامر واقع فيه الجدال الى الآن) فاستنبط من ذلك ان تكوين السكر لا يكون حينئذ من الوظائف

الفسيولوجية

الفسيلوجية للكبد بل ان هذا الجليكوجين المحتوى عليه الكبد والمتراكم فيه يستحيل فى الحالة الطبيعية الى شحم وانما اذا وصل الى الدم فان السكر يتكون ووصول الجليكوجين الى الدم يحصل اما بعد الموت فهو حينئذ ظاهرة رمية أو بعد المجهودات وعدم الراحة عند الحيوانات المفعول عليها تجارب فسيلوجية ولربما أن هذا يحصل بواسطة الانضغاط الميخانيكى للجليكوجين فى الخلايا الكبدية ومن هذا نشأت كمية من السكر المتحصل عليها برنارد من الدم أسفل الكبد فالديابيطس على رأى پافى ينشأ عن فقد الكبد بتأثير المجموع العصبى السمباتوى قابلية احالته للجليكوجين الى شحم وانتفاع الجسم به فالجليكوجين المتوفر بكمية عظيمة يصل أخيرا الى الدم ويستحيل الى سكر وقد انضم المعلم سيجبر لهذا الرأى ثم ان اعتراضات پافى هذه ولو أن لها دلائل تحقيقية بالنسبة لتحاليل الدم الاولية التى فعلها برنارد الا أنه مع ذلك يظهر تبعا للتجارب المستجدة ان تولد الجليكوجين تولدا فسيلوجيا فى الكبد لا يشك فيه فان تحليل دم الانسان المأخوذ بالفصد السابق ذكره لا يجوز قولا آخر خلاف ماذكر وكذا كل من المعلم كون وهوفن وايولد وغيرهم قد تحقق له السكر فى دم الاشخاص غير المصابين بالديابيطس لكنه فى الحقيقة مع ذلك لم يثبت أن تكون السكر وظيفة قاصرة فقط على الكبد بانفراده فان هناك تجارب عديدة بقطع النظر عن تحليل الدم تؤيد ذلك ولو كانت هذه التجارب ليست خالية من الاعتراضات بالكلية ولذا كان من القريب للعقل ان تكون السكر فى الجسم فى الحالة الطبيعية له ينبوع آخر خلاف الكبد وحيث ان برنارد قد اوضح ان الدم الوريدى الخارج من العضلات يكون اقل من المحتوى عليه الدم الشريانى فالجليكوجين المثبوت وجوده فيها لا يعتبر ينبوعا لكن من الجائز ان السكر المتكون فى القناة الهضمية من المواد النشوية بتأثير العصارات المنفرزة من غدد الهضم يدخل فى الاوعية الكيلوسية والوريد الباب معا ويصل الى الدم بدون واسطة

وعلى هذا القول ارتكن كنتانى فى نظرياته فان هذا المؤلف يعتبر جريان السكر فى الدم شرطا ضروريا للحياة ويرى انه ينبوع مهم لقوى الجسم وهو يميز

نوعين من السكر احدهما الجارى فى الدورة والثانى المتخزن وهذا الاخير يتكون بلاواسطة من العناصر الغذائية على شكل جليكوجين و يتراكم فى الكبد والعضلات ففى الحالة الطبيعية يجرى السكر فى الدورة على شكل السكر العنبى (المسمى بالجليكوز) ويستحيل اليه فى القناة الهضمية بتأثير خميرة وهذا الشكل من السكر لسهولة قابلية احتراقه هو الذى يعوض ما يفقد من الجسم فان فقدت الخميرة (الغير المعلومة الى الآن) التى تعطى للسكر هذا الشكل فالجسم حينئذ لا يمكنه الانتفاع به وحينئذ يتراكم فى الدم الذى يسهل اثبات وجوده فيه و يتميز عن سكر الدم الاعتيادى بعدم تأثيره الضوئى (ويعبر بالباراجليكوز) وحينئذ فيمر مع البول وعلى هذا فالاعضاء المصابة ابتداء بالديابيطس هى الاعضاء المولدة للخميرة المكونة للسكر لاسيما البنكرياس الذى كثيرا ما يوجد عند فعل الصفات التشريحية فى الاشخاص الهالكين بهذا المرض ضامرا غالبا ثم الكبد فيما بعد ففى الابتداء يفقد سكر التغذية خاصية استحالته الى الشكل السهل الاحتراق من الجليكوز و يصير بلا فائدة بالنسبة للجسم بخلاف جليكوجين الكبد فانه لم يزل الى هذا الزمن يستحيل الى السكر الطبيعى و يحترق وفى الادوار الاخيرة من هذا المرض يستحيل أيضا الجليكوجين أى السكر المخزنى الى الباراجليكوز (أى الجليكوز الغير النافع) وطبقا لذلك يمكن ولا بد فى الدور الاول ايقاف تراكم السكر فى الدم وافرازه مع البول بمنع تعاطى الجواهر الغذائية المولدة للسكر وهى الجواهر النشوية (وهذا ما يسمى بالديابيطس النشوى أو ديابيطس أكالين المواد النشوية) ومن الجائز أن صيانة البنكرياس المريض صيانة مستمرة يمكن أن تؤدى لشفائه شفاء تاما ويشفى الديابيطس تبعا لذلك وأما فى الدور الثانى فانه بمنع تعاطى الجواهر النشوية يمكن تنقيص افراز السكر لكن لا يمكن ازالته بالكلية بسبب استمرار الاستحالة المرضية للسكر الحيوانى وهو الجليكوجين (وهذا ما يسمى بديابيطس أكالين اللحوم) وكذا نظريات كنتانى ولو كانت مبينة مع التعقل وموضحة لكيفية حصول الديابيطس فانها لا تقاوم جميع الاعتراضات التى توجه نحوها ولاسيما بالنسبة لصفة سكر الدم عند المصابين

بالديابيطس القائل بها هذا المؤلف فانها من جهة غير قريبة للعقل من حيثية النظريات وذلك لان السكر المار من الدم الى البول لا يكون مايسمى بالپاراجلايكوز كما اعترف به كنتانى بل السكر العنب الاعتيادى العاكس للضوء نحو اليمين ومن جهة أخرى فان هذه الصفة قد صار رفضها من كل من المعلم كوكروصريح بواسطة مشاهدتهما وزيادة على ذلك فان نظريات كنتانى لا يمكن بها توجيه البول السكرى الوقتى الذى ينتج من الوخز السكرى ونحو ذلك وقد التجأ ذلك الى القول بانه يوجد تفاوت عظيم بين هذا وبين الديابيطس الحقيقى وحيث يتعسر القول بهذا الراى والانضمام له فلم يبق عندنا غير التصور بان الديابيطس يحصل بكيفيات مختلفة وبعبارة اخرى انه يوجد عدة امراض يوافق بعضها بعضا فى نتيجة واحدة وهى عدم الانتفاع بجوهر الاحتراق المهم (اى السكر) وافرازه مع البول وباقى الافرازات ولو كانت ناشئة عن تغيرات مرضية مختلفة وهذا الراى الاخير وجد له ايضا جملة معضدين فذهب المعلم سناتور الى انه يوجد ديابيطس سكرى ذو منشأ عصبى ومعدى معوى وكبدى فالشكل العصبى يطابق فى منشئه ما ثبت بالتجارب عقب جرح او وخز المجموع العصبى والشكل المعدى المعوى ينتج عن ازدياد كمية السكر فى دم الوريد الباب والكيلوس وربما ان ذلك ينشأ فى المعاء عن فقد تخمر حمض اللبنيك الموجود فى السكر (كما قاله برنارد) او عن سرعة الامتصاص فيطابق حينئذ ديابيطس اكلى النشويات بخلاف الديابيطس ذى الينبوع الكبدى فانه ينشأ عن كون جلايكوجين الكبد يمر فى الدم بسرعة بسبب احتقانه وهناك يستحيل الى سكر وانه لا يتخزن فى الكبد بسبب سرعة الدورة فيه بل انه يمر منه على شكل سكر غير متغير وحينئذ يكون ذلك عبارة عن تناقص فى تكون الجلايكوجين الذى ينسب به سناتور للاغذية الكربوناتية الايدراتية وليس للزلال فشكل الديابيطس ذى الينبوع الكبدى يطابق فى اعراضه ديابيطس اكلى اللحوم على حسب رأى كنتانى وتمييز الديابيطس المعدى المعوى عن الكبدى لم يتيسر الى الآن كما ذكره سناتور وتبعا لنظريات هذا الاخير كما هو مذكور فى نظريات كنتانى أيضا نجد انه يميز للديابيطس درجتان على حسب

كون منع تعاطى الجواهر النشوية فى الاغذية هل يزيل بالكلية افراز السكر اويكاد يزيله ام لا وقد نبه ايضا على هذين الشكلين كل من روزنشتين وسيجستن بل ان هذا الاخير لا يعتبرهما دورين من مرض واحد بل شكلين من مرضين مختلفين وذهب فى توجيههما الى وجود نوعين مختلفين من الجليكوجين اختلافا كيماويا احدهما ينشأ من السكر الداخل مع الاغذية والآخر عن المواد الزلالية وقررتبعا النظريات بانى انه فى الدرجات الخفيفة من النوع الاول يستحيل الجليكوجين الى سكر بدلا عن استحالته الى شحم واما فى الاشكال الثقيلة فان الجليكوجين الناشئ عن المواد الزلالية تعتريه هذه الاستحالة ايضا ومع ذلك فبريج قد اثبت التشابه الكيماوى بين كل من الجليكوجين الناشئ عن الكربونات الايدراتية والمواد الزلالية فى تجارب تطعيمه وبالجملة فان المعلم تروبه قد وجه هذين الشكلين بكيفية مشابهة لما قاله كنتانى

وأما باقى النظريات التى قيل بها فى الديابيطس كامتناع احتراق السكر الناتج عن تناقص الحالة القلوية للدم (كما قاله يال) وكتناقص دخول الاوكسيجين فى الدم عند المصابين بالديابيطس وامتناع احتراق السكر المتكون طبيعيا تبعا لذلك (كما قاله بستنكوفرووبت) وكازدياد تحلل المواد الزلالية فى جسم المصابين بالديابيطس بحيث ان المادة الزلالية العضوية لا ينتفع بها فى تكون الكرات الدموية بل انها تتحلل وتستحيل فى الاعضاء نفسها الى بولينا وسكر بسبب تناقص الاوكسيجين (كما قاله هوبرت) وكعدم تحال السكر الى جاتسرين والى جلتيرين الديد كما هو الواقع فى الحالة الطبيعية بسبب تناقص خميرة نوعية غير معلومة (كما قاله شولزن) فلا حاجة هنا الا لذكرها فقط فان البعض منها قد رفض بالكلية والبعض الآخر ليس مؤسسا على تجارب ومشاهدات اكلينيكية بل على نظريات لا اساس لها

فمن جميع ما ذكر يتضح ان كيفية حصول الديابيطس مبهمة وغير واضحة ولو مع كثرة الاشتغال بهذا المبحث ولقد اجاد المعلم كلود برنارد فى تشكيه فى آخر درسه على الديابيطس حيث قال ان جميع المؤلفين الذين يريدون تنقيح

هذه المسئلة ويستخرجون نتيجتها يقعون على الدوام فى اقاويل واستنتاجات متضادة ناتجة عن نظريات مختلفة لكن من الامور القليلة المتفق عليها يوجد امر مهم بالنسبة للطب العملى وهو تمييز الديابيطس الى درجتين اوشكلين كما قاله سيجين (اى ديابيطس اكالين النشويات وديابيطس اكالين اللحوم) واما باقى الاستنتاجات التجربية فلم تفد شيأ لا بالنسبة لكيفية حصول هذا المرض ولا بالنسبة لمعالجته

ثم ان الديابيطس يحصل فى جميع اطوار الحياة ومع ذلك فيندر اصابته للاطفال والشيوخ ففى مائة واربعة احوال شاهدها الطبيب شميتس لم يكن فيها الاطفل واحد سنه اقل من عشر سنين وستة عشر اكثر من الستين سنة ومن جملة المائة والاربعين حالة التى شاهدها سيجين لم يوجد فيها ولا طفل واحد عمره أقل من العشرة وخمسة عشر شخصا منهم جاوز الستين ومن جملة المائتين وثمانية عشر حالة التى شاهدها كنتانى لم يوجد فيها الاطفل واحد أقل من العشرة وتسعة عشر اكثر من الستين والذكور اكثر اصابة بهذا المرض من الاناث فقد اعتبر سيجين فى عدد الاصابة مائة من الذكور على أربعين من الاناث وشميتس سبعة وسبعين من الذكور على سبع وعشرين من الاناث وكنتانى مائة وواحدا وتسعين من الذكور على سبع وعشرين من الاناث ويعتبر من أهم الاسباب المهيئة لهذا المرض الوراثة فقد أمكن اثباتها سيجين فى أربعة عشر حالة على المائة وذلك بالنسبة للديابيطس نفسه أو بالنسبة لبعض الامراض العقلية التى لها ارتباط قريب به لاسيما الصرع وكذا الاضطرابات العصبية المختلفة لها أهمية عظمى فى حصول الديابيطس وهى اما أن تطرأ على شكل اصابات دماغية واضحة (كأورام الدماغ) وتنسب فى الغالب المرضى لسقوطهم على القمحدوى أو انها تكون عبارة عن انفعالات نفسية ثقيلة كالحزن والرعب والاشتغالات العقلية الشاقة وقد نبه شميتس على انه عند وجود الاستعداد الوراثى للديابيطس يلزم ولا بد حصول تأثير عصبى حتى يتضح هذا المرض وقد نوه كنتانى على انه يعتبر من أسباب هذا المرض الافراط من تعاطى الاغذية النشوية والسكرية فقد تيسر له اثبات ذلك فى ثمان وتسعين حالة من المائتين وثمانية عشر التى شاهدها وكذا

تعاطى بعض المشروبات كالنبيذ الحديث وعصارة بعض الثمار وتأثير البرد والبلل والنهوكذا من الامراض الثقيلة والافراط من الشهوات تعد من هذا القبيل ويكثر اصابة الاشخاص ذوات السن العظيم وفى كثير من أحوال هذا المرض لا يستدل على سببه

﴿الاعراض والسير﴾

العرض الرئيس الواضح لهذا المرض هو استفراغ كمية عظيمة من بول باهت ذى وزن نوعى ثقيل ليس مطابقا للونه الباهت وذى طعم حلو غالبا وبهذه الاوصاف يتضح تشخيص هذا الداء بدون شك ولا يندر أن يستفرغ من المصابين بهذا الداء فى ظرف ٢٤ ساعة مقدار من ٥ لترات الى ١٠ بل وفى بعض الاحوال قد تبلغ كمية البول أكثر من ذلك فى هذه المدة وما قيل من أنه يستفرغ فى بعض الاحوال أكثر من ذلك بقدر ست مرات الى ثمانية يعد من المبالغات وقد زعم كثير من الاطباء ان مقدار البول المستفرغ فى بعض الاحوال يفوق بكثرة كمية السائل المتعاطى من الفم بالمشروبات أو مع المطعومات وهذا الامر يلجأنا للقول عند عدم تناقص وزن الجسم بان المرضى عوضا عن كونهم يتركون للهواء سوائل بواسطة التبخير الجلدى والرئوى يأخذون منه وهذا محض خطأ وحيث ان درجة حرارة الجسم أعلى من حرارة الاوساط المحيطة به كان هذا مخالفا للنواميس الفسيولوجية ولذا يغلب على الظن ان ما قيل فى المشاهدات التى شوهد فيها ان المصابين بهذا الداء يفقدون بواسطة البول والبراز كمية تفوق ما يتعاطونه مع المطعومات والمشروبات بدون أن يفقدوا شيأ موافقا للزيادة من وزن جسمهم مبنى على خطأ فان كل طبيب مشتغل بالمشاهدات المرضية والطبية لهذا المرض يعلم يقينا ميل المرضى المصابين بهذا المرض الى غش الطبيب لكونهم يخبئون عنه حقيقة الامر ولا يظهرون له جلية أمرهم بالصدق فى جميع مقدار ما تعاطوه من السوايل

وازدياد افراز البول عند المصابين بهذا المرض غير واضح بالكلية أيضا فان تعاطى كمية عظيمة من السوائل كما يحصل لمثل هؤلاء المرضى لا يكفى فى توجيه هذا الافراز وذلك انه لو تعاطى انسان سليم كمية عظيمة من السوائل

والمطعومات على وجه التجربة بمقدار ماية تعاطاه المريض لوجدان كمية البول المنفرزة ليست واحدة بل قليلة بالنسبة للسليم كثيرة في المريض ولو كان مقدار السائل والمتعاطى واحدا والظاهر ان احتواء مصل الدم على كمية عظيمة من السكر تزيد في سرعة ارتشاحه في اللفائف الوعائية لمحافظ ملبيجى وان هذا هو السبب في زيادة افراز البول عند المصابين بداء البول السكرى وهذا التوجيه عقلى ويكتفى بان السكر الواصل على هيئته في تيار الدورة يشابه بعض الاملاح التى بدخولها في الدم تنفرز من الكليتين وتزيد في افراز البول بل انه أقوى تأثيرا في ادرار البول

وأما ازدياد الثقل النوعى للبول عند المصابين بالداء المذكور الذى يصل في الاحوال الخفيفة من ١٠٢٠ الى ١٠٣٠ وفي الاحوال الثقيلة من ١٠٣٠ الى ١٠٥٠ أو أزيد من ذلك فينتج بلا شك من احتواء البول على السكر لا من احتوائه على عناصر صلبه أخرى

ثم ان ازدياد كمية البول ازديادا عظيما مع ازدياد ثقله النوعى أيضا وطعمه السكرى وان دل ذلك على احتواء البول المنفرز على سكر يوجد أيضا جملة تجارب كيماوية يستدل بها ولابد على التأكد من ذلك

وأجود هذه الطرق وأسهلها لاجل معرفة السكر في البول تجربة ترومير وهى ان يضاف الى جزء من البول المبحوث عنه كمية كافية من محلول البوتاسا ثم يضاف لذلك محلول خفيف من كبريتات النحاس ويستمر كذلك حتى يذوب الراسب الذى تكون ابتداء بالرج ثم يرشح السائل ويسخن فان كان محتويا على سكر ظهر له لون مزرق والا فلا وان رسب مدة تسخين السائل وقبل وصوله الى درجة الغليان اوكسيد النحاس الاحمر كان ذلك دليلا اكيدا على وجود السكر وان كان موجودا مع ذلك مواد زلالية فينبغى ترسيبها وفصلها بغلى البول ثم ترشيحه قبل اجراء تجربة ترومير فيه وهناك تجربة أخرى بسيطة وهى أن يسخن البول بعد اضافة محلول البوتاسا اليه فان كان فيه سكر شوهد تلون مصفر يسمر شيأ فشيأ الى ان يصير اسمر مسودا فان لم يحصل هذا التلون كان ذلك دليلا قطعيا على عدم وجود السكر فيه وان حصل فالاوفق اجراء تجربة ترومير السابقة لاجل التأكد من وجوده واما تجربة السكر بالتخمر

وغيرها من التجارب الكيماوية فلتراجع فى كتب الكيميا العضوية وهناك سائل يسمى بسائل فهلنج وهو اقوى واسطة فى معرفة مقدار السكر المشتمل عليه البول وبه يعرف مقدار كمية السكر المنفرز كل يوم وذلك متى امكن معرفة مقدار البول المنفرز فى ظرف ٢٤ ساعة وكذا الجهاز العاكس للضوء المعلم ونسكى يؤدى الى معرفة ذلك بطريقة اسهل مما تقدم والجهاز العاكس للمعلم روبيك دون ذلك ويمكن استعماله لاجل حصول هذه الغاية اعنى معرفة مقدار السكر فى البول ولو كان اقل من ذلك فى الدقة وفى احوال هذا المرض الخفيفة قد لا يحتوى البول على جزء او اثنين فى المائة من السكر وفى الاحوال الثقيلة منه كثيرا ما يوجد فى المائة ستة اجزاء او عشرة وازيد ومقدار السكر المنفرز كل يوم يمكن ان يزيد على ٥٠٠ غرام فى احوال هذا المرض الشديدة وكمية السكر تظهر اختلافات واضحة بالزيادة والنقص مدة سير هذا المرض ومن يوم الى آخر ومعظم اسباب هذه الاختلافات غير معلوم لنا البتة الا ان هناك بعض اسباب ينشأ عنها زيادة فى كمية السكر تارة و بعضها تارة ينشأ عنها نقصانها فمن الاسباب الاولى التى ينشأ عنها ازدياد كمية السكر تعاطى كمية عظيمة من المشروبات والافراط من الاكل وعلى الخصوص تعاطى كمية عظيمة من السكر والنشويات ومن الثانية اجتناب ذلك كتعاطى قليل مما ذكر الخ وتأثير المطعومات فى ازدياد السكر يستمر بعض ساعات ثم يزول فيتناقص مقدار السكر وقتيا

ثم ان فقد كمية عظيمة من الماء الذى يكابده الجسم فى هذا الداء بسبب افراط الادرار يوجد به بسهولة العطش الشديد الذى يعترى المرضى ليلا ونهارا ولا يعول على غير ذلك من النظريات فى توضيح هذه الظاهرة فان ازدياد الافراز البولى هو السبب فى ازدياد العطش بلا شك كما ان فقد السوائل غير المحسوس عند المصابين بالحميات او بالقىء والاسهال عند المصابين بالهيضة يوجد به شدة العطش عندهم بسبب كثافة الدم الناتجة عن فقد جزئه السائل ولا يندر ان يشرب المرضى المصابون بالبول السكرى عشرين ليترا او خمسة عشر فى ظرف ٢٤ ساعة ويشتد العطش خصوصا بعد الاكل اعنى فى الزمن الذى يزداد فيه تكون السكر والافراز البولى

وكذا

وكذا ايضا يوجه بفقد الماء العظيم الحاصل بالسكاليين تناقص افراز العرق الذى يكاد يشاهد عند جميع المرضى المصابين بالبول السكرى ويحدث عندهم قحولة وجفافا عظيمين فى الجلد فانه كما يتناقص الافراز الجلدى عند ازدياد افراز الكليتين كذلك يتناقص هذا الاخير عند ازدياد الافراز العرقى والعرق الذى يشاهد فى المصابين بالديابيطس يشتمل على سكر
وهناك عرض آخر يكاد يلازم العطش المحرق وهو الجوع الذى كثيرا ما يكون قويا جدا فان المصابين بالبول السكرى كثيرا ما يتعاطون كمية عظيمة جدا من المطعومات كل يوم بدون التفات الى طبيعتها

ويعسر علينا توجيه هذه الظاهرة على وجه كاف ومع ذلك فالظاهر ان زوال الاحساس بالشبع وكذا النحافة الزائدة على الدوام الواصلة احيانا الى نهوكة عظيمة ينتجان عن كون الجسم لا يتغذى من الاغذية الواصلة اليه بل عوضا عن كونها تحل محل الجواهر المنفقة بها تستحيل استحالة مرضية أى الى سكر وتقذف الى الخارج وكذا ضعف الوظائف التناسلية التى تشاهد مدة سير هذا المرض ينتج أيضا عن نفس السبب الذى نتجت عنه النحافة وفقد القوى وبالجملة توجد جملة ظواهر مرضية أخرى أقل ملازمة لهذا المرض الا انها كثيرا ما تشاهد فيه وبها يتم وصف البول السكرى وذلك كتسوس الاسنان وهذه الظاهرة توجه بالكيفية الآتية وهى أن اسنان المصابين بهذا المرض تصير عرضة لتأثير الحوامض المنفرزة التى تتكون من فساد الافرازات الفمية السكرية ومنها الفيموزس وتسلخات القلفة والحشفة وفوهة مجرى البول عند النساء وهى تحصل من كثرة ملامستها للبول المشتمل على السكر ومنها أيضا سهولة حصول التهابات تنتهى بالتنكرز والغنغرينا كالدمامل والجمرات والغنغرينا الموضعية والذاتية فى الاطراف والالتهابات الرئوية الفصيصية وخراجات الرئتين وغنغرينتهما
وكثيرا ما يظهر الدرن الرئوى فى المصابين بالبول السكرى فى نهاية مدته فيهلك به نصف المرضى تقريبا وقد يتضاعف هذا المرض بالبول الزلالى فيسرع فى هلاك المرضى
ثم ان سير البول السكرى مزمن فقد يستمر بعض أشهر بل سنين ويندر جدا

مشاهدة أحوال حادة من هذا المرض فيها يحصل الموت فى ظرف بعض اسابيع أو اقل من ذلك ولا توجد مشاهدات جيدة على ابتداء هذا الداء فان معظم المرضى يكادون لا يستشيرون الاطباء لاجل المعالجة الامتى ازداد افراز البول ازديادا عظيما واصطحب بعطش محرق وجوع قوى مصحوب بنحافة شديدة حتى انهم يتوهمون بوجود مرض خطر

ومدة سير داء البول السكرى تكون من سنة الى ثلاث سنين وقد شاهد المعلم جرسنجر ستين فى المائة انتهت حالتهم بالموت قبل استيفاء تلك المدة وهذه المشاهدات أغلبها مأخوذ من المارستانات فان أغلب مشاهدات الطب العملى مجهولة ومن المعلوم ان داء البول السكرى يستطيل زمنا طويلا جدا عند الاشخاص الذين لهم قدرة على المعيشة الجيدة والمعالجة اللائقة بخلاف غيرهم من المجبورين على الدخول فى المارستانات وانتهاء هذا الداء بالشفاء التام نادر جدا وانما هناك مشاهدات عديدة شوهد فيها وقوف سير هذا المرض زمنا طويلا والموت وان لم يعقب بعض المضاعفات لابد وان يطرأ والمريض فى حالة نهوكة عظيمة وقد يشاهد قبل الموت اعراض عصبية مشابهة للظواهر العصبية التى تعقب التسمم البولى

(المعالجة)

قد اوصى فى البول السكرى باستعمال ادوية وطرق علاجية عديدة غير ان هذه الطرق مؤسسة على نظريات علمية بالنسبة لطبيعة المرض وتأثير الادوية ومنها ما هو قليل المنفعة مأخوذة من التجارب الاكيدة ولا نتعرض هنا لذكر الطرق العلاجية المؤسسة على القول باعطاء الحوامض لعوق استحالة النشأ الى سكر أو اعطاء المركبات النوشادرية لاجل ادخال الازوت فى الجسم أو اعطاء الافيون لاجل تنقيص تهيج الكلية وحرارة الثور او الاملاح التنفيذية لاجل التأثير على الكبد بجميع ذلك مؤسس على نظريات علمية وللمعلم جرسنجر الفضل فى اثباته عدم منفعة بعض الجواهر الدوائية بل وفى اثبات شدة ضررها كالالكؤليات وخميرة البوزة والسكر ظنا بان تعاطيه يعوض ما فقده الجسم منه

ثم ان التجارب دلت على نجاح بعض التدبيرات الصحية الغذائية فى هذا

المرض

المرض وهذه التدابير نافعة للغاية وان كان اصل ادخالها فى الطب العملى
مؤسسا على تعقلات علمية وهو انه من المهم جدا أن يتعاطى المصاب بالبول
السكرى أغذية حيوانية ويقلل جدا استعمال الاغذية المشتملة على النشاء
والسكر كليا فان التجارب قد دلت على ان اتباع ذلك وان حصل منه تناقص
وقتى فى البول السكرى الا انه لا ينحسم به عرق هذا الداء بالكلية وفضلا عن
ذلك فمن المعلوم انه لا يوجد الا قليل من المرضى يمكنهم التمادى جملة سنين على
تعاطى الاغذية الحيوانية كاللحوم والبيض والاسماك وام الخلول والسرطان
البحرى والخضراوات والسلطات وقليل من الخبز الجلوتينى الذى اخترعه
المعلم بوشردا فالتصريح للمرضى بتعاطى قليل من الخبز كل يوم يسهل عليهم
التمسك بالاوامر الطبية وليس فيه ضرر عليهم واذا لم يصرح لهم بذلك فانه عما
قليل يحصل عندهم سأم وضجر من تعاطى الغذاء الحيوانى على حدته فحينئذ
لا يتمسكون باوامر الطبيب وينهمكون على استعمال النشويات والاشياء
التى يميلون الى تعاطيها مثل الخبز والاثمار فحينئذ يؤمر للمريض زيادة على
استعمال اللحوم بتعاطى الاغذية النباتية المجردة عن النشا أو السكر
او لا تحتوى الا على قليل منهما جدا وقد سرد المعلم بوشردا جميع الاغذية
التى يمكن للمصابين بهذا الداء استعمالها بدون ضرر وتنويع أغذيتهم بها
كما سيأتى وهى جميع أنواع اللحوم مشوية او مصلوقة بل متبلة بالافاويه
لكنها غير مجهزة مع الدقيق ومنها انواع السمك على اختلاف البحار عذبة
ومالحة فانه باستعماله دون باقى اللحوم يقل تطلب التعاطى من الخبز ومنها
استعمال الحيوانات الرخوة كالسرطان البحرى وام الخلول ونحو ذلك ومنها
البيض المجهز بكيفيات مختلفة ويجتنب اللبن لكن لا مانع من تعاطى القشطة
ومنها ان يستعمل من الخضراوات السبانخ والقرنبيط والكرنب والهليون
والفاصوليا الخضرا والخرشوف ومنها ان يستعمل من انواع السلطات
الجرجير والحرا والخس ومن انواع الفواكه التوت الافرنجى والبرقوق
وتعاطى المشروبات وان كان ينتج عنها ازدياد فى الافراز السكرى والامتناع
عنها ينقصه لكن لا يمكن مع ذلك ايصاء المرضى ومنعهم عن اطفاء العطش
وقد استبان من ابحاث جرسنجر على هذا الخصوص النتيجة الآتية وهى ان

التعطيش الشديد جدا الذى يعقبه اضطراب فى الصحة هو الذى ينتج عنه تناقص عظيم فى الافراز السكرى وان هذا التعطيش لا يمكن تحمله الامدة قصيرة جدا وأوصى لمثل هؤلاء المرضى باطفاء العطش حسب الامكان وزيادة عن استعمال الماء العذب يجوز تعاطى بعض المشروبات المائية الحمضية والقهوة والبوزة المخمرة جيدا ولا يعطى لهم النبيذ الحديث سيما الاحمر منه وحيث ان المصابين بالديابيطس يسهل تأثرهم من البرد ويكونون مستعدين للاصابة بالالتهابات الرئوية يوصى لهم باستعمال الاقمصة المأخوذة من الصوف على الجلد مباشرة

وزيادة عما ذكر من الوسائط الغذائية الصحية التى باتباعها لا تشفى المرضى المصابة بالديابيطس الا انها تحمل هذا المرض زمنا طويلا بدون ضرر بين توجد وسائط دوائية يتحصل منها فى هذا المرض على نتائج عظيمة واضحة فاستعمال جوهر دوائى بمجرد القول انه أحدث تحسينا أو شفاء فى حالة مرضية من هذا الداء لا يرتكن اليه فى الطب العملى سيما عند وجود مشاهدات تثبت عدم نجاحه واما الوسائط العلاجية المقطوع بجودة نفعها وتأثيرها على سير هذا المرض بواسطة ملاحظة كمية البول فى ٢٤ ساعة والافراز السكرى ووزن الجسم كل ذلك مع الملاحظة بالدقة فمن الواجب على الاطباء الايصاء باستعماله وأهم تلك الجواهر هى الكربونات القلوية فان المشاهدات والتجارب أبدت جودة تأثيرها فى هذا المرض ففى كثير من الاحوال يتحصل من استعمال فوق كربونات الصودا على نجاح وتحسين بين وأقوى من ذلك فى النجاح استعمال المياه الطبيعية الفوق كربوناتية كمياه ويشى وكرلسباد وقد ثبتت الشهرة القديمة لمياه كرلسباد الحارة فى هذا المرض بواسطة المشاهدات الاكيدة التى فعلها سيجن فانه لا شك انه باستعمال المعالجة بتلك المياه بعض أسابيع يزول كل من العطش والافراز البولى ويزداد وزن الجسم ويزول السكر من البول ومهما كان النجاح مستمرا أو وقتيا فان المعالجة بمياه كرلسباد هى المعتمد عليها فى هذا المرض طبقا للمعلومات الطبية المستجدة

وقد ثبت ان كلا من الافيون والمورفين ذو تأثير جيد فى هذا المرض اذ بهما

يمكن

يمكن تنقيص العطش والسكر فى البول لكن هذا التأثير وقتى ومن النادر أن يكون مستمرا ولذا انهما لايستعملان الاوقتيا وكذا من الجيد استعمال المركبات الحديدية أو المعالجة بشرب أحد الينابيع الطبيعية الحديدية كما شولباخ وميرمونت ونحوها اذبذلك يحصل تقوية فى بنية المريض وأما الوسائط العلاجية التى لم يثبت الى الآن نجاحها مع التأكيد فى الطب العملى فهى حمض اللبنيك الذى أوصى به كنتانى وزيت كبد الحوت والجلسرين الذى أوصى به شولتز وحمض الكربوليك ومستحضرات الصودا التى أوصى بها اربشتين والزرنيخ الذى اوصى به ليبه وصبغة اليود ويودور البوتاسيوم والكينين

(المبحث الثامن)

(فى الديابيطس البسيط اى غير السكرى)

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من الديابيطس البسيط والسكرى مرض يخالف الآخر بالكلية ولو كانت الاعراض الواضحة لكل منهما وهى غزارة البول والعطش الشديد مطابقة لبعضها فان كلا من الدم والبول فى البسيط لايحتوى على مادة مرضية وجودها واصف له بل ان هذا الداء يسير كشكل بسيط من غزارة البول وبول المرضى المصابة بالديابيطس المذكور وان وجد فيه الاينوزيت وتوهم منه انه اصل منشأ هذا المرض وعلى مقتضى ذلك سمى الديابيطس البسيط بالديابيطس الاينوزيتى تمييزا له عن السكرى الا ان ابحاث كل من استراوس وكاف قد استبان منها ان كل ادرار بولى صناعى عند السليم يؤدى لظهور الانوزيت فيه كما ان هذا الجوهر يشاهد ايضا فى بول المصابين بالديابيطس السكرى فلايكون حينئذ واصفا للمرض الذى نحن بصدده ومتى استبعدنا الادرار البولى العرضى البسيط من اعراض الديابيطس غير السكرى فلايبقى عندنا توجيه فى كيفية ظهور هذا المرض الا القول بانه انما ينتج عن اضطراب عصبى اولى وقد ذكرنا فى المبحث السابق ان كلا من برنارد وجرهارد وجدا فارا فى المجموع العصبى المركزى يحدث جرحها ادرارا بوليا بسيطا ولاسيما الجزء الكائن اعلى من الصفر السكرى الذى فى قاع الجيب

الرابع من المخ فان تهيج الفص الدبا بيطقى البسيط والسكرى للمعلم اجهرد ينتج عنه غالبا ادرار بولى بسيط وسكرى معا وكذا قطع العصب الحشوى الذى ينتج عنه نوع ادرار فى البول بل تبعا لما ذكره المؤلف الاخير تأثير الجرح السابق ذكره وقد وجد المعلم بابرنام ان تهيج العظيم السمباتوى فى العنق ينتج عنه ازدياد فى الافراز البولى واما قطعه فيحدث تناقص فيه والى الآن لم تتضح كيفية تأثير هذا الاضطراب العصبى ومن الجائز أن المتأثر من ذلك ليس فقط الاعصاب الوعائية وحدها بل كذلك اعصاب نوعية خاصة بالافراز الكلوى وفى الحقيقة قد استبان من المشاهدات الاكلينيكية ان الديابيطس البسيط يوجد بالاضطراب العصبى فانه لم يشاهد ظهوره فقط مرتبطا بامراض عقلية ووراثية اوصرعية بل كذلك فى كثير من الاحوال امكن ثبوت الاضطرابات العصبية بلا واسطة كالاورام الدماغية والاصابات الالتهابية فيه والاستيريا والارتجاج الدماغى من نحو السقوط على الراس وكذلك قد شوهد الديابيطس البسيط عقب الانفعالات النفسية الشديدة والامراض النخاعية والالتهابات السحائية المزمنة والاصابات الزهرية الدماغية ومن جملة اسباب هذا المرض الاستعداد الوراثى ومع ذلك ففى كثير من الاحوال يتعذر وجود سبب مرضى ينسب اليه وبالنسبة للسن فان الشبان يكثر اصابتهم به زيادة عن الطاعنين وكذا يكثر اصابة الاطفال به زيادة عن اصابتهم بالديابيطس السكرى وتصاب به الذكور أكثر من الاناث مرتين أو اكثر وتوجيه الديابيطس البسيط بكون منشئه مرضا عصبيا يقرب من العقل حصول استحالة الديابيطس البسيط الى السكرى فان الاخير مبنى فى كثير من الاحوال على هذه التغيرات فانه طالما يحصل فى الديابيطس البسيط ظهور السكرى فى البول وقتيا كما وان حالة الوراثة شوهدت فى كلا الشكلين

﴿الاعراض والسير﴾

كمية البول المنقذفة من المرضى تكون احيانا فى الديابيطس البسيط عظيمة مثلما فى الديابيطس السكرى بل أعظم منها فتبلغ فى مدة الاربع والعشرين ساعة من ثلاث ليترات الى اثنى عشر وقد تزيد عن ذلك فقد

شوهدت طفلة عمرها عشر سنين معتريها الديابيطس البسيط وكانت قليلة النمو ووزن جسمها ثلاثة وعشرون رطلا وكانت فى اثناء مكثها فى الاكلينيك بكمنجن يخرج منها كل يوم مقدار من البول وزنه يبلغ وزن ثلث جسمها وكان بولها صافيا بالكلية وذا وزن نوعى قليل جدا خلافا البول المصابين بالديابيطس السكرى وهذا البول يندر أن يجاوز وزنه من ٥٠٠٥ و١ الى ١٠٠١ – ١ وكثيرا ماينحط وزنه النوعى زيادة عن ذلك بحيث يكون من ١٠٠١ – ١ الى ٥٠٠٥ – ١ واحتواء البول على البولينا والاملاح يكون متناقصا وأما كمية البولينا المطلقة المنفرزة فى ظرف ٢٤ ساعة فتكون فى غالب الاحوال طبيعية أو متزايدة قليلا وقد شاهدت حالة من منذ مدة كان ينفرز فيها من المريض مع تعاطى الاغذية الازوتية ٩٠٠٠ سنتميتر مكعب من البول فى ظرف ٢٤ ساعة محتويا على ٣٨ جراما من البولينا ويندر أن تكون كمية البولينا المنفرزة فى ظرف ٢٤ ساعة متناقصة وقد شوهدت حالة أخرى فى الاكلينك الخاص بنا خروج بولينا بقدر ٢٣ جراما فى ظرف ٢٤ ساعة مع الغذاء الجيد وكان وزن المريض نحو ٤٨ كيلوجرام

وكل من الافراز الجلدى والرئوى يكون متناقصا تبعا التجارب التى فعلت على النسب التى بين كمية المشروبات والبول المنفرز فان كمية المشروبات المأخوذة كل يوم والمواد السائلة الداخلة مع المطعومات تكون على نسبة متوازية بينها وبين البول المنقذف والعطش الشديد الذى يوجد عند المريض لايعتبر سببا فى ازدياد الافراز البولى بل نتيجة له

والاحساس بالجوع قد يكون متزايدا فى هذا المرض فقد ذكر ترسو حالة عند مريض كان يتعاطى كمية عظيمة من المطعومات حتى أعطى له من احدى اللوكندات التى كان يعطى فيها الخبز بقلة دراهم فى نظير عدم مجيئه اليها وفى الديابيطس البسيط جزء من المواد الغذائية المتناولة بدلا عن كونه يعوض جزيئات الجسم المتلاشية كما يحصل ذلك فى الديابيطس السكرى ينقذف بدون الانتفاع به وبذلك يوجه الجوع الغير الطبيعى النادر المشاهدة ويكون ازدياد تعاطى الماء وافرازه يعين على ارتقاء تحلل جزيئات الجسم

الازوتية فمن القواعد العامة أنه بازدياد جريان السوائل الجوهرية من خلال جزيئات الجسم يزداد ولابد تلاشى كمية عظيمة من المواد الزلالية واحتراقها وأما الحالة العامة للجسم وقواه فانها تبقى غير مضطربة زمنا طويلا خلافا لما يشاهد فى الديابيطس السكرى فقد شاهدت شابة عمرها عشرون سنة مصابة بالديابيطس البسيط وكانت قوية البنية ذات هيئة متوقدة وعندها قدرة على اجراء الاشغال الشاقة وبعد مضى خمس سنين وزواجها حضرت ثانيا الى الاكلينك وكانت تشتكى فقط بازدياد العطش واحساس بهبوط واساءة خلق وتأثر شديد من البرد وهذا التأثر نسبه الطبيب اشتراوس الى ازدياد تعاطى المشروبات الباردة اذ بذلك تتناقص الحرارة وعند آخرين من المرضى تحصل اضطرابات هضمية كآلام المعدة والقىء وعدم انتظام التبرز والنحافة والاحساس بالضعف وقد ذكر فيفر حالة هلك فيها المريض مع تلك الظواهر وعند فعل الصفات التشريحية لم يوجد فيه تغير مدرك وسير هذا المرض ومدته يختلفان فاحيانا يظهر تدريجيا واحيانا يطرأ فجأة ولا يندر حصول تحسين وقتى كما قد يشاهد ان كمية البول المنفرزة فى ٢٤ ساعة تصير طبيعية مدة حصول مرض يطرأ على المريض وبعد انتهائه ترجع كمية البول الى ما كانت عليه وهذا المرض قد يستمر جملة سنين بدون أن يهدد الحياة لكن قد يكون ذا سير خبيث متى كان مرتبطا بآفة ثقيلة فى الدماغ أو النخاع الشوكى وأما شفاؤه التام المستمر فنادر

وتشخيص هذا الداء غير عسر غالبا حيث يسهل تمييز الديابيطس البسيط من غيره فى الامراض المصحوبة بافراز بول غزير كالادرار البولى الوقتى الذى يعقب الافراط من الشرب مثلا وزوال الاستسقاء العمومى ونحو ذلك كما انه يسهل تمييز هذا المرض عن ازدياد الافراز البولى الذى يحصل فى الادوار الاخيرة من داء بريكت فان لهذا الاخير صفات عديدة تميزه الديابيطس البسيط وعن غزارة البول فى الديابيطس السكرى

﴿المعالجة﴾

اول شئ يهتم به فى معالجة الديابيطس البسيط هو اتمام ما تستدعيه دلالات المعالجة السببية ما امكن كما شوهد ذلك فى حالة كانت ناتجة عن الداء الزهرى

الدماغى

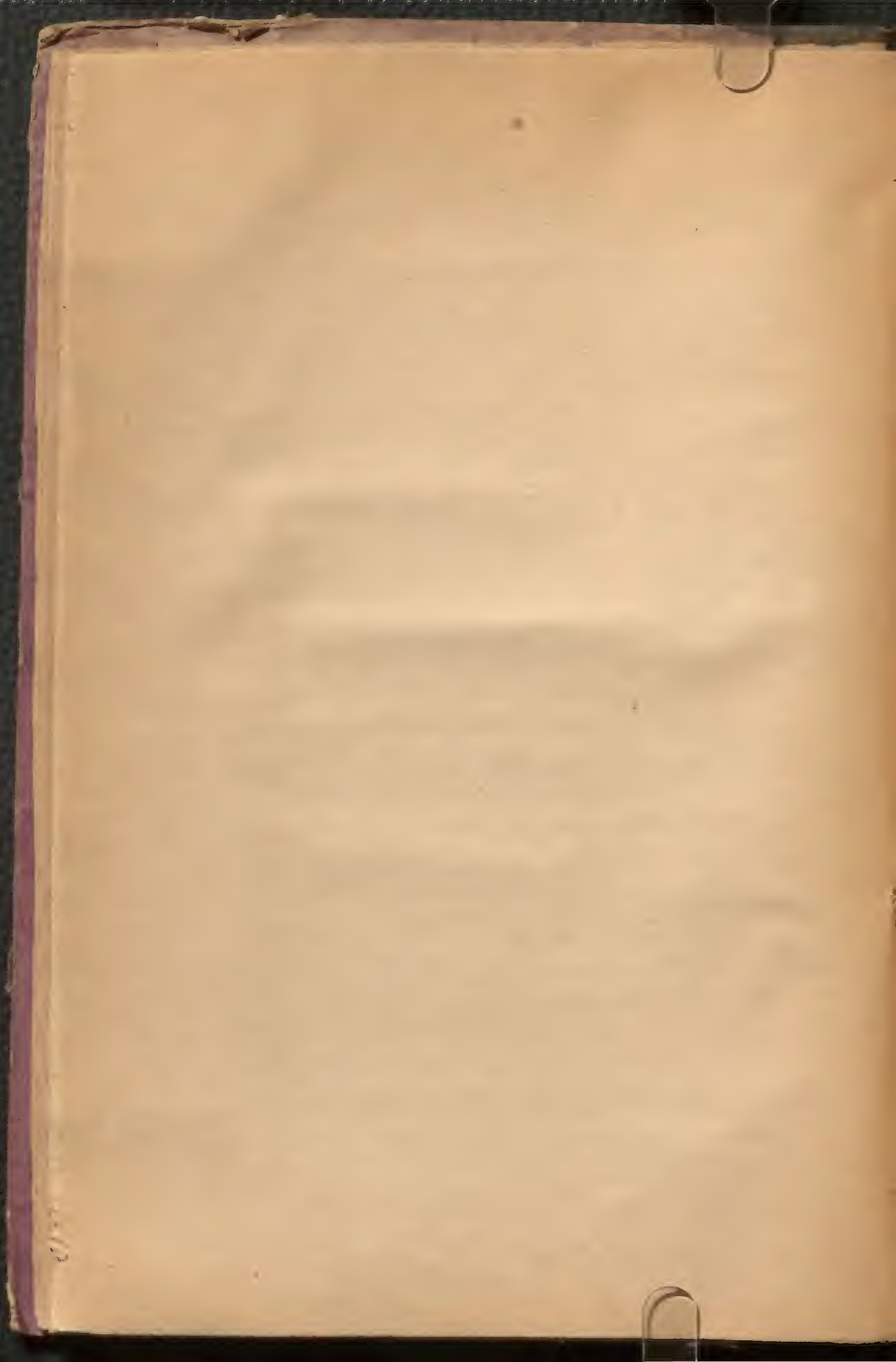
الدماغى وشفيت بواسطة استعمال المركبات الزئبقية ولا حاجة لذكر الوسايط العديدة التى يتوهم ان لها تأثيرا لا واسطيا فى هذا الداء وفى الاحوال الخفيفة يقتصر على اتباع وسايط قانونية صحية واستعمال الحمامات الفاترة والتدثر بالملابس المدفئة لايقاظ فعل الجلد ولأجل اطفاء العطش يمكن استعمال المركبات الافيونية كما فى الديابيطس السكرى وتقوية المريض باستعمال المركبات الحديدية ومن الوسايط الجديدة الممدوحة استعمال التيار الكهربائى المستمر على العمود الفقرى وقسم الكاشفين كما ذكره كولز واستعمال اليابورندى لأجل ايقاظ التلعب وافراز العرق كما ذكره ليكوك واستعمال الجويدرين كما ذكره زنجر وينبغى ولا بد التمادى على اجراء التجربة فى ذلك

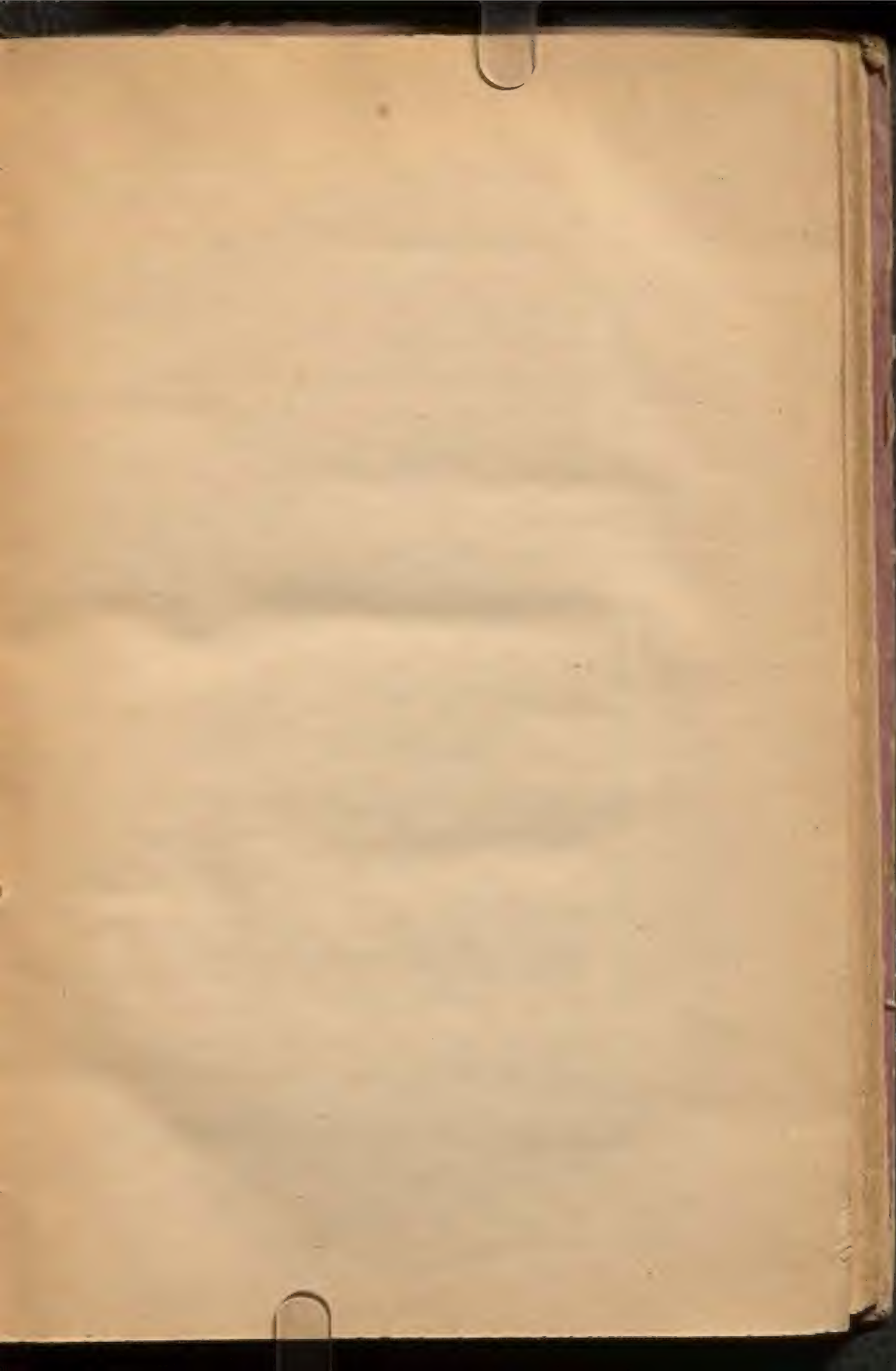
﴿تم الجزء الرابع﴾

يقول ناسج برده وناظم فرائد عقده تصحيحا وتحريرا وتنقيحا وتحبيرا قد حان أن القى عصا التسيار عن كاهل القلم وامسك بعنان جواد الفكر عن الجرى فى ميدان هذا الحكم حيث لاح من بشر وسائل الابتهاج بدر التمام وفاح من نشر مسكه عرف الختام لاغرو أن صار غرة فى جبهة الكتب الطبيه وكان درة مصونة فى صدف اللغات الاعجميه فاستخرجها مؤلفه حفظه الله من كمينها وغاص من اجلها بحار الفكر الثاقب فكان ابن معينها أودع فيه من كل يتيمة حرس الله والدها وخريدة اثر فريدة يحسد طارفها تالدها لاجرم قد احرز قصب السبق فى هذا المضمار وهل يبلغ الضالع شأو الضليع كلا بل لا يكاد يلحق له غبار فيالها من وسايل ابتهجت بها نفائس النفوس بل مقاصد تجلى من بنات الافكار وناهيك لاعطر بعد عروس فما عسى أن يقال ان هو الا كتاب سارت بسيرته النجوم وانهزمت لطليعته كتائب الكتب فماتت فى جلدها بعد ان لحقها الوجوم طار صيته فى الآفاق وبالاتفاق على أسبقيته انحسم عرق الشقاق حيث لا يكاد يختلف فى فضله اثنان

وهاهو نصب الاعين والفضل لما قرت به العينان وكان استهلال بدره
من برج الكمال وابرازه من خدره في حلل الجمال في عهد من انتعشت
روح الازمان بعهده وشهدت له الاشهاد بالعدل الذي لا يفي حاصره
بعدّه ولا بحدّه من جبلت القلوب على وداده واقام الوزن بالقسط مع
تقوى الله الكريم بين عباده شاد عماد الدين بعد أوده وراعى حق
الاسلام وروى حديث الرفق بالرعايا مع علو سنده ذي المجد الاثيل
والفرع الاصيل والنسب العريق سعادة خديو مصر محمد باشا توفيق
أدام الله دولته وأعلى كلمته بقوة باسه وولي عهده عباسه وبقية
الانجال الكرام وحضرات وزرائه الثقات الاعلام معترفا باكمل
الثناء الجميل لمن أمر بطبع هذا الكتاب الجليل حين ما كان ناظر
المعارف حضرة الوزير الكبير والعلم الشهير دولتلو رياض باشا
الذي هو ببث العلوم جدير مخلصا في اداء واجبات الشكر بقلب سليم
لخدن المعارف ورئيسها سعادتلو على باشا ابراهيم
ونرفع اللهم اليك اكف الضراعة يا من عوائده الجميل
وصلته على الدوام موصولة بالبر والخير الجزيل
أن تقيل عثراتنا وتصفح عن زلاتنا متوسلين
اليك بخير صفوتك سيدنا محمد سيد الانام
عليه وعلى آله وأصحابه افضل
الصلاة وازكى التحية
والسلام

تم طبع الجزء الرابع بمطبعة وادي النيل المصرية للاخوين الصادقين
والشقيقين الصالحين محمد رفعت ومحمود فاضل
وذلك في سنة ١٢٩٨ هجريه





,	– Tubercules	تبركيل (الدرن)
,	– Tuberculose	تبركولوز (التدرن)
,	داءالخدر – Typhus	تيفوس
cephalus رأس, tricho	ثلاثة – Trichocephalus	تريكوسفالوس(الدودة ذات الرؤس الثلاثة)
,	–	

U

–

aemie دم, ru	البول – Uraemie	ايريمى البول الدموى
,	مرض جلدى – Uraticarea	اورتكاريا (الانجرية)

V

,	– Vaccina	وكسينا (مادة التلقيح)
,	– Virus	ويروس (الاصل السمى)
,	– Vitiligo	وتيليجو (مرض جلدى)

,	– Schanker	شانكر القرحة الزهرية الرخوة
,	– Schankroid	شانكرويد (الشبيه بالشنكر)
,	– Scorbut	سكوربوط (الحفر)
,	– Scrophulose	سكروفولوز (داء الخنازير)
,	– Sklerose	سكلروز التيبس
rrhoe سيلان, spermato	منى – Spermatorrhoe	سبرماطوريه (السيلان المنوى)
,	– Sudamina	سودامينا
,		(الحويصلات الدخنية)
,	– Syphiliden	سفيليد الطفحات
,		(الجلدية الزهرية)
,	– Syphilis	سيفيلس الداء الزهرى

T

,	– Taenia	تينيا (الدودة الوحيدة)
,	– Tetanus	تيتنوس (التقلص العضلى)
,	– Thrombose	ترنبوز (السدد الذاتية أو الثابتة)
,	– Tinea	تينيا (القراع)
,	– Tic	تيك (الصفر العصبى المؤلم)
,	– Trachea	تراخيا القصبة الهوائية المعروفة قديما بالوعاء الصلب
tracheo قصبة, tomie	قطع – Tracheotomie	تراخيوطوميا (القطع القصبى)
,	– Trichinen	تريشينا الديدان الرفيعة الشعرية

pectori صدر, loquic	تـكلم	– Pectoriloquie	بيكتورياوكيا (التـكلم الصدرى)
	مرض جلدى حويصلى ,	– Pemphiguis	بامفيجوس (مرض جلدى حو يصلى)
	اختنناق القلفة الخلقى ,	– Phimosis	فيموزيس (اختنناق القلفة الخلقى)
,	سل	– Phthisis	فتيزيس (السل)
,	مرض نخالى	– Pityrisis	بتريازس مرض جلدى نخالى
polyكثيرة, pous	أرجل	– Polypous	بوليبوس
,	مرض جلدى	– Porrigo	بورريجو (مرض جلدى فقاعى)
stataموضوع, pro	امام	– Prostata	بروستتا
,	الحكة	– Prurigo	بروريجو (الحكة)
, psora	حكة	– Psoriasis	بسوريازس (مرض جلدى)
,		– Purpura	بوربورالفرفورية

R

,	ازدواج العظام	– Rhachitis	راشيتيسم (لين العظام)
, reuma	حدار	– Rhematismus	روماتيزم (الحدار فى الجسم)
,		– Rupia	روبيا (مرض جلدى)

S

cele قيلة, sarco	لحميه	– Sarcocele	ساركوسيل (قيلة لحمية)
,		– Sarkom	ساركوم (ورم لحمى)

N

algie ألم, neur العصب - Neuralgie نفرالجيا (الالم العصبى)

O

oxey دقيق, uris ذنب - Oxeyuris أوكسيرس الديدان (ذات الذنب الدقيق)

, انتفاخ - Oedema أوذيما (الانتفاخ) المائى

aemie دم, cyth كرات oligo قلة - Oligocythaemie أوليجوسيتميا (قلة كرات الدم)

olig قلة, chrom لون aemie دم - Oligochromaemie اوليجوكرومى بهاتة اللون أوالخلوروز

, نتن الانف - Ozaena اوتزينا (نتن الانف)

P

pachy غلظ, dermie الجلد - Pachydermie باخى درمى (داء الفيل)

para بذل, centese جنب - Paracentese برتستيز البزل الجانبى (أى بذل الصدر)

, شلل - Paralysis باراليزيس الشلل

phimosis اختناق قلفة, para مقدم - Paraphimosis بارفوزس (اختناق القلفة المقدم)

plegie شلل, para نصف - Paraplegie بارابليجيا (شلل نصفى سفلى)

siten حيوان, para أجنبى - Parasiten بارازيت (حيوانات طفيلية)

logie علم, patho مرض - Pathologie باتولوجيا (علم الامراض)

L

phitisis سل, laryngo حنجرة - Laryngophitisis رنجفتيس (السل الحنجرى)

stenose تضايق, laryngo حنجرة - Laryngostenose رنج استينوز (تضايق الحنجرة)

جذام - Lepra ليبرا جذام

aemise دم, leuk أبيض - Leukaemise ليكميا (الدم الابيض)

skopie البحث بالمنظار, laryngo الحنجره - Laryngoskopie رنج اسكوبى (البحث بالمنظار الحنجرى)

ophtalmus العين, lago جحوظ - Lagophthalmus لاجوفتالموس (جحوظ العين)

aemie دم, leucocyth كرات بيضا - Leucocythaemie ليكوتيميا (الكرات البيضاء للدم)

rrhôe سيلان, leuko أبيض - Leukorrôe ليكوريا (السيلان الابيض)

مرض جلدى - Lichen ليكن الحزاز (مرض جلدى)

مرض جلدى تقرحى اكال - Lupus لوبوس أى الأكلة

الكلب - Lyssa ليسا (الجنون الكلبى)

M

جنون - Mania مانيا (نوع من الجنون)

نهوكة - Marasmus مارازموس (النهوكة)

urie بول, mellit عسل - Melliturie ميليتوريا (البول العسلى أى الديابيطس)

itis رحم, metr التهاب - Metritis ميتريت (التهاب الرحم)

عرق دخنى - Milaria ميلاريا (العرق الدخنى)

thorax صدر, hydro ماء	– Hydrothorax	هيدرو طركس (الاستسقاء الصدرى)
aesthesie حساسيه, hyper ازدياد	– Hyperaesthesie	هيبرستيزيا (ثوران الحساسية)
kinesis حركة, hyper ازدياد	– Hyperkinesis	هيبركينزيا (تشنج)
plasie تعضون, hyper زيادة	– Hyperplasie	هيبربليزيا (ازدياد التعضون)
trophie التغذيه, hyper ازدياد	– Hypertrophie	هيبرطروفيا (ضخامة)
داء المراقين	– Hypocondria	ايبوخونداريا (داء السودا)
stase وضع, hypo أسفل	– Hypostase	هيبواستاذ (الاحتقان الانحدارى)
, اختناق الرحم	– Hysterie	اسيتيريا (الاختناق الرحمى)

I

مرض جلدى فيه يتكون قشر كقشور السمك	– Ichthyosis	ايكثيوزيس
synkrasie خلط, idio خاص	– Idiosynkrasie	ايديوسنكرازيا (استعداد بنى)
, بشرى , مرض جلدى	– Impétigo	ايمبتيجو (مرض جلدى بشرى)
, جلدى مرض	– Intertrigo	اينترتريجو (مرض جلدى)

K

exla اخلاط, kach ردئ	– Kachexia	كاشكسيا (سوء القنية)
algie ألم, kardi فؤاد	– Kardialgie	كارديالجيا (الالم الفؤادى)
lepsis مسك, kata الى شى	– Katalepsie	كتلابسيا (التخشب)
,	– Katarrakten	كاتركتا
, مغص معوى	– Kolika	كوليك (المغص المعوى)
, لطخ عريضة	– Kondylome	كونديلوما (اللطخ العريضة)
الزكام	– Koryza	كوريثزا (الزكام)

H

emesis قیء, haemat دم – Haematemesis { هماتو میزیس (التیء الدموی)

ظاهرة, هیئة – Habitus هابتوس (الهیئة)

cela قیلة, haemato دم – Haematoccla (القیلةالدمویة) هیماتوقیلة

urie بول, haemat دم – Haematurie (البول الدموی) هیماتوریا

metra رحم, Haemo دم – Haemometra (النزیف الرحمی) هیمومیترا

philie(المیل), haemo دم – Haemophile(سوء القنیة النزیفی) هیموفیلیا

ptoë بصاق, haemo دم – Haemoptoë { هیمو بتیه (البصاق الدموی النفث الدموی)

rrhagie سیلان, haemo دم – Haemorrhagie(النزیف الدموی) هیموراجیا

rroiden سیلان, haemo دم – Haemorhorroiden هیمورید البواسیر

, هلوسة – Hallucinationen هاللسیناسیونه الهلوسة

, داءدیدان – Helminthiasis (داءالدیدان) هلمنتیازیس

kranie رأس, hemi نصف – Hemikranie (الصداع) هیمیکرانی

plegie شلل فالج, hemi نصف – Hemiplegie (شلل نصفی جانبی) هیمیلیجیا

جلدی, مرض – Herpes (مرض جلدی) هربس

cephalus دماغ, hydro ماء – Hydrocephalus { هیدروسفالوس (الاستسقاء الدماغی)

metra رحم, hydro ماء – Hydrometra (الاستسقاء الرحمی) هیدرومتر

phobie فزع, hydro ماء – Hydrophobie { هیدروفوبی (الفزع من الماء أو الکلب)

rrachis العامود الفقری, hydro ماء – Hydrorrhaches { هیدروراشیا (الاستسقاء الفقری)

aemie دم, hypper ازدیاد – Hypperaemie ابیریمیا (الاحتقان)

انسفاليت (التهاب الدماغ)	Encephalitis - التهاب	itis	encephal دماغ,
اندارتريت (الالتهاب الشـــرياني الباطني)	Endarteritis - باطن	end ,	التهاب شرياني arteritis
اندوكارديت (التهاب الغشا الباطن للقلب)	Endokarditis - باطن	endo	التهاب قلب karditis
انترالجيا (مغض معوى)	Enteralgie - المعى	enter	algie ألم,
انوريزيا (البول الليلي)	Enuresis - ليل	en	uresis بول,
ايليبسيا (الصرع)	Epilepsia - الصرع		,
امبيما (التجمع الصديدى الصدرى)	Empyema - التجمع الصديدى للصدر		
أيبستا كسيا (الرعاف)	Epistaxis - رعاف		,
اريز بيل (الحمره الجلدية)	Erysipelas - الاحمر	erysi	pelas الورم,
اريتما (مرض جلدى)	Erythema - الاحمرار		,
اكزانتما (طفح جلدى نشاع)	Exantema - طفح جلدى نشاع		,

F

فووس (القراع)	Favus - قراع		,
فيبروما يوم (ورم ليفى عضلى)	Fibromyom - ورم ليفى عضلى		,

G

غنغرينا (موت الانسجة)	Gangraen - موت الاجزاء		,
جاسترالجيا (ألم معدى)	Gastrealgie - معده	gastre	algie ألم,
جاستروما لاسيا (لين المعده)	Gastromalacia - معده	gastro	malacia لين,
جونوريا (السيلان المنوى)	Gonorrhoe - منى	gono	rrhoe سيلان,
جريب (التهاب شعبى وبائى)	Grippe - نزلة شعبيه وبائية		,

diphther غشا, itis التهاب - Diphtheritis (دفتيريا (الالتهاب الغشائى))

, المدرات البوليه - Diuretica (ديورتيكا (المدرات للبول))

enterie المعى, dys فساد - Dysenterie (دوسنطاريا الاسهال الزحيرى)

krasis الاخلاط, dys فساد - Dyskrasie (دسكرازيا (سوء الاخلاط))

rrhoe سيلان, men شهر dys فساد - Dysmenorrhoe (دسمنوريا (عسر الطمث))

pepsie هضم, dys سوء - Dyspepsie (دسببسيا (سوء الهضم))

phagia الازدراد, dys سوء - Dysphagia (دسفاجيا (عسر الازدراد))

pnoe التنفس, dys عسر - Dyspnoe (ديسبنيا (عسر التنفس))

uria التبول, dys عسر - Dysuria (ديزوريا (عسر التبول))

E

koken حويصلية, echino دوده - Echinokocken (ايكينوكوك (ديدان حويصليه))

lampsia ادراك, ek زوال - Eklampsia (اكلامسيا (التشنجات))

, مرض جلدى - Ekthyma (ايكتيما (مرض جلدى))

topia انتقال, ek تحول - Ektopia (ايكتوبيا (تحوّل انتقال))

, طفح جلدى نشاع - Ekzema (ايكزيما (طفح جلدى نشاع))

السكهربائية - Elektricitat (ايليكتريستا (الكهربائية))

iasis داء, elephant فيل - Elephantiasis (ايليفانتيازس (داء الفيل))

, سدد سياره - Embolie (أمبوليا (السدد السيارة))

, سدة سياره - Embolus (أمبولوس (السده))

physem تمدد, em باطنى - Emphysem (انفيزيما التمدد الغازى)

tonus تقلص, emprostho مقدم - Emprosthonus (امبروستوطونوس (تيتنوس مقدم))

ektasie تمدد. bronchi شعب - Bronchicktasie (تمدد الشعب) برونشيكتازيا

phonie صوت, broncho شعب - Bronchophonie { برونشوفونيا (صوت شعبى أو النفخ الانبوبى)

rrhoe سيلان, broncho شعب - Bronchorrhoe (السيلان الشعبى) برونشوريا

C

, كلوروز - Chlorose (انتقاع اللون) خلوروز

, سرطان - Carcinoma (السرطان) كارسينوما

algia ألم, cephal رأس - Cephalalgia (صداع) سيفالالجيا

, كينين - Chinin (كينين)

, هويضه - Cholerina كلورين هويضة

, هيضه - Cholera كولرة هيضة أو الهواء الاصفر

, سعال تشنجى - Coqueluche (سعال تشنجى) كوكليش

آوذبجه غشائية, سعال ديكى - Croup (السعال الديكى) كروب

, تلون مزرق - Cyanose (التلون المزرق) سيانوز

cercus الذنب, cysti حويصلة - Cysticercus { سيستيسركوس (الدودة الحويصلية ذات الذنب)

D

itis التهاب, dermat جلد - Dermatitis (التهاب الجلد) ديرماتيتس

diabetes غزارة البول, mellitus عسل - Diabetesmellitus) ديابيطس (البول السكرى) (
,

, الاسهال - Diarrohea (الاسهال) ديااريا

these (قنية), dia سوء - Diathese (سوء قنية) دياتيز

algesie الالم, an فقد - Analgesie أنالجيزيا فقدالالم

تمددشريانى - Aneurysma أونوريزما (تمددشريانى)

sarka لحم, ana على - Anasarka أنازركا (استسقالحمى)

, ذبحة - Angina أنجينا (ذبحة)

idrosis عرق, an فقد - Anidrosis أندروزيا (فقدالعرق)

ostosis العظم, an فقد - Anostosis آنوسطوزيا (فقدالعظم)

versio الميل, ante المقدم - Anteversio أنتفرسيو (الميل المقدم)

helmenthica دود, ant ضد - Anthelmenthica { أنتلمنتيكا (الادويه الطاردةللـــــدود)

الشريان الابهرى, - Aorta أورطى (الشريان الابهرى)

phonic صوت, a فقد - Aphonie أفونيا فقدالصوت

, قلاع - Aphthe أفت (القلاع)

السكتةالدماغية, - Apoplexie أبو بليكسيا (السكتة)

pyrexie حمى, a فقد - Apyrexie أبيريكسيا (فقدالحمى)

sphyxie نبض, a فقد - Asphyxie أسفكسيا (الاختناق)

ربو, - Asthma (الاسم أى الربو)

B

rrhoe سيلان, blenno مخاط - Blennorrhoe بلينورّيا (سيلان مخاطى)

spasmus تشنج, blepharo جفن - Blepharospasmus { بلفاروسپاسموس (تشنج الجفن)

cephalus رأس, bothrio حفرة - Bothriocephalus { بوتريوسفالوس (الدودة ذات الرأس المحفورة)

(قاموس الالفاظ الاصطلاحية الطبية الماخوذة من اللغة اللاتينية واليونانية)
(واستعملت بكثرة فى كتابنا مع اشتقاقها منهما بالحروف اللاتينية)

A

أكاروس Acarus قملة الجرب أوحيوان الجرب

أخولى فقدالصفرا Acholie - فقد A, صفرا cholic

أخروما فقداللون Achroma - فقد A, لون chroma

أكنا مرض جلدى يعرف بحب الشباب Acne - حب الشباب ,

ايجوفونيا الصوت المعزى Aegophonie - معزه aego, صوت phonie

آجينيزيا فقدأحدنصفى الدماغ Agenesie - فقد a, تكوّن genesie

أجيستيا فقدالذوق Agéustie - فقد a, الذوق géustie

أكينيزيا فقدالحركة Akinesis - فقد a, حركة kinisis

البومينوريا البول الزلالى Albuminurie - زلال albumen, بول urie

الوبسيا (داءالثعلب) Alopecia - , ثعلب alopix

آموروز (فقدالابصار) Amaurose - فقدالابصار ,

أمبليوبيا (كلال الابصار) Amblyopie - كلال amblу, ابصار opie

أمينوريا (انقطاع الطمث) Amenorrhoë - فقدشهر amen, سيلان rrohoe

أميليا (فقدالنخاع الشوكى) Amyelie - فقد a, نخاع. myelie

أنيميا (فقدأوفقرالدم) Anaemia - فقد a, دم aemie

أنستيزيا (فقدالاحساس) Anaesthesie' - فقد an, الاحساس aesthesie

